



CONGRÈS

des

Médecins Aliénistes et Neurologistes

de France et des Pays de langue française

XXIVe SESSION

Sous le haut patronage de

Monsieur le Président de la République

COMITÉ D'HONNEUR

M. Désiré FERRY, Ministre de la Santé Publique
M. R. LANGERON, Préfet du Nord.
M. le Sénateur A. MAHIEU, Président du Conseil Général.
M. le Député R. SALENGRO, Maire de Lille.
MM. les Sénateurs et MM. les Députés du Département du Nord.
M. LACOUR, Premier Président de la Cour d'Appel de Douai.
M. BEYLOT, Procureur Général près la Cour d'Appel de Douai.
M. A. CHATELET, Recteur de l'Université de Lille.
M. le Professeur Ch. DUBOIS, Doyen de la Faculté de Médecine de Lille.
Monseigneur LESNE, Recteur de l'Université libre de Lille.
M. le Professeur L. THILLIEZ, Doyen de la Faculté libre de Médecine de Lille.
M. le Directeur du Service de Santé de la 1re Région.
M. BOUDRY, Président du Tribunal civil de Lille.
M. BORNAY, Procureur de la République.
M. le Docteur COPPENS, Président du Syndicat Médical de Lille et de sa région.
M. THAUNE, Consul de Belgique.
M. VENOT, Vice-Consul d'Espagne.
M. LEUZE, Chancelier du Consulat de Suisse.
M. DELEPOULLE, Président du Syndicat d'Initiative « Les Amis de Lille ».

BUREAU DE LA 34me SESSION

Président : M. le Dr ABADIE, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Vice-Président : M. le Dr PACTET, Médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine.
Secrétaire général : M. le Dr P. COMBEMALE, Professeur à la Faculté de Médecine de Lille, Médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Bailleul (Nord).

EXTRAIT

DU

RÈGLEMENT DU CONGRÈS

Un Congrès de médecins aliénistes et neurologistes se réunit chaque année dans une ville de France ou d'un pays de langue française. Le but de ce Congrès est l'étude et la discussion de questions concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale et l'assistance aux malades atteints de troubles nerveux ou mentaux.

Dans les séances de ce Congrès, l'emploi de la langue française est obligatoire.

La durée des travaux est, au minimum, de quatre jours qui, autant que possible, sont consécutifs. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, l'autre l'après-midi. En outre, des visites sont faites aux asiles d'aliénés et aux établissements pouvant intéresser les psychiatres et les neurologistes. Des excursions peuvent être aussi organisées.

Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés. Les membres adhérents doivent être médecins français ou étrangers. Ils paient une cotisation de 50 francs pour chaque session. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les établissements destinés au traitement des troubles nerveux ou mentaux peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les membres associés se composent des personnes de la famille des membres adhérents présentées par ces derniers. Ils paient une cotisation de 30 francs pour chaque session. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais bénéficient des avantages accordés pour les visites ou excursions.

Chaque année, le Congrès désigne trois questions devant faire l'objet de rapports à la session suivante :

1° Une question de psychiatrie ;

2° Une question de neurologie ;

3° Une question de médecine légale ou d'assistance neuro-psychiatrique, alternativement.

Pour chaque question, le Congrès désigne un rapporteur.

Chaque rapporteur fait un résumé oral de son rapport à la séance fixée par le programme du Congrès. La durée de ce résumé oral ne doit pas dépasser vingt minutes. Le résumé oral de chaque rapporteur est suivi d'une discussion.

La durée de la discussion, pour chaque auteur qui y prend part, ne doit pas excéder cinq minutes. Toutefois, il pourra être accordé dix minutes pour la discussion aux auteurs inscrits avant l'ouverture de la session.

Chaque membre du Congrès qui prend part à la *discussion* doit remettre au secrétaire général, avant la fin de la session, le texte résumé destiné à figurer dans le volume des comptes rendus. Ce texte ne doit pas dépasser *une page* d'impression.

Lorsque la discussion est terminée, le rapporteur, s'il le désire, répond successivement à chacun des orateurs.

Les membres adhérents du Congrès peuvent aussi faire des *communications orales* sur des sujets concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale ou l'assistance neuro-psychiatrique. Le nombre de ces communications est limité à trois pour chaque membre adhérent, la troisième ne pouvant être faite que lorsque la liste des autres communications sera épuisée.

La durée de l'exposé de chaque communication ne doit pas dépasser dix minutes. Il n'est accordé que cinq minutes pour les discussions.

Les titres des communications doivent être adressées au secrétaire général quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les communications sont faites dans l'ordre où leurs titres ont été adressées au secrétaire général. Toutefois, dans l'intérêt de la discussion, le secrétaire général peut grouper dans une même séance les communications relatives à des sujets similaires.

Lorsque les communications doivent être accompagnées de présentations, de pièces, de coupes, d'appareils, etc., ou de projections, l'auteur doit en informer à l'avance le secrétaire général qui prend, s'il est possible, des dispositions en conséquence.

Tous les médecins qui désirent se tenir au courant du mouvement psychiatrique en France et dans les pays de langue française ont intérêt à s'inscrire. Ils recevront les comptes rendus de la session en un volume de 500 pages environ, en in-8° raisin, édité chaque année par Masson et Cie, et qui leur apportera *trois rapports discutés, de très nombreuses communications et la liste des membres adhérents, avec leurs adresses.*



Cliché Éditions R. Reubrez

La Bourse de Commerce et le Grand Théâtre de Lille



Lille - La Grand'Place Cliché Éditions R. Reubrez

Le Nord

La grande guerre de 1914-1918 a appelé l'attention du monde entier sur les régions du Nord de la France. La Picardie, l'Artois, la Flandre et la partie septentrionale de l'Ile-de-France, ces provinces que nulle frontière naturelle ne protège de l'invasion, tiraient déjà une juste célébrité des faits d'armes dont elles avaient été le théâtre au cours de l'histoire. Les noms de Bouvines, d'Azincourt, de Crécy, de Denain étaient dans toutes les mémoires, mais le souvenir de ces batailles lointaines n'attirait plus sur le terrain que quelques rares amateurs de notre passé. De plus, bien que ces régions du Nord offrent en réalité bien des paysages, toujours

modérés, mais souvent frais et charmants, on leur déniait généralement, par un jugement sommaire et injuste, tout intérêt pittoresque et touristique. Pour le plus grand nombre, elles n'éveillaient dans l'esprit que des images peu séduisantes : plaines interminables dont la fécondité ne faisait pas oublier la monotonie, innombrables usines, pour la plupart voisines des voies ferrées et qui, par cela même, frappaient davantage le voyageur, grandes agglomérations houillères, qui enlaidissaient le paysage de leurs puits et de leurs « corons ». C'est à peine si le touriste, obligé de traverser ces régions pour gagner l'Angleterre, la Belgique ou quelque station balnéaire de la côte, consentait à « sacrifier » quelques heures à la cathédrale d'Amiens, aux musées de Lille ou de Valenciennes.

Or, voici que pendant quatre années de guerre, le communiqué nous a répété chaque jour, non plus comme une sèche nomenclature, mais intimement mêlés aux actions héroïques de nos soldats et de nos alliés, ces noms de cours d'eau, de villes et de villages du nord de la France, tirant même de l'oubli ces vieilles dénominations de pays presque abolies, qui répondaient, bien mieux que la division arbitraire par départements, aux réalités géographiques.

Mais déjà, malgré les difficultés sans nombre qu'a rencontrées la reprise de la vie économique dans ces régions dévastées, les villes et les campagnes ont repris leurs aspects, témoignant de la magnifique vitalité des populations du Nord. Les récoltes, qui s'étendent à nouveau sur les vastes plaines, ont effacé les traces de la bataille ; les villes, avides de reconquérir leur prospérité industrielle, se sont remises au travail avec une fiévreuse activité ; les usines se sont relevées, les filatures, les métiers de tissage fonctionnent comme avant guerre et les exploitations minières, systématiquement dévastées par l'ennemi, ont réparé leurs ruines.

D'ailleurs, en dépit des ravages qu'elle a subis, cette région conserve plus d'un paysage qui peut rivaliser avec bien des sites plus connus ; de gracieuses vallées, un littoral maritime de 190 kilomètres projetant, en vue des côtes anglaises, un front de falaises abruptes, s'anime en été du séjour des baigneurs, dans les stations balnéaires de Mers-les-Bains, Bois-de-Cise, Ault, Onival, Saint-Valéry, Cayeux,



Cliché Éditions R. Reubrez

LILLE

Vue perspective de la Place de la République et de la Statue de Faidherbe


PANTOPON "ROCHE"
SÉDOBROL "ROCHE"
SOMNIFÈNE "ROCHE"
Sédormid "Roche"
ALLONAL ROCHE

Le Crotoy, Quend-Plage, Fort-Mahon, Berek, Merlimont-Plage, Le Touquet-Paris-Plage, Sainte-Cécile-Plage, Hardelot, Equihen, Le Portel, Boulogne, Wimereux, Ambleteuse, Calais, Gravelines, Petit-Fort-Philippe, Loon-Plage, Malo-les-Bains et Bray-Dunes.

Si l'on se place au point de vue architectural, où trouver, dans une région moins étendue et malgré les ruines récentes, une pareille floraison d'églises merveilleuses où l'art gothique a révélé tous ses secrets, épuisé toutes les richesses de son ornementation. Enfin, à mesure qu'on s'élève vers les Flandres, paraissent les beffrois, tours hardies, originales, dressées sur des places immenses, symboles des privilèges communaux de la Cité.

L'ARTOIS. — L'Artois a formé une grande partie du département du Pas-de-Calais et une parcelle de celui du Nord. Constitué par une ligne de collines crayeuses, qui s'étendent de l'Escaut à l'Aa, dernier relief de la terre française, vers les plates étendues des plaines flamandes, c'est une province agricole, mais très fertile et soigneusement cultivée. Plus riche et perméable à l'est, le sol produit des betteraves et du froment, et est propice à l'élevage des bœufs pour la boucherie. L'ouest, moins riche et plus humide, produit de l'avoine, des fourrages: on y élève des vaches laitières. Dans les vallées arrosées par des ruisseaux d'eau vive ou par de jolies rivières, on cultive le lin. Presque toujours, ce pays offre des aspects d'autant plus agréables et plus variés que l'on va du côté de l'ouest; il est d'autant plus plat, mais aussi plus opulent que l'on se dirige vers l'est. Ses villes sont des marchés agricoles très anciens et très prospères: Arras et Saint-Pol sont les principales. La population agricole habite dans des villages groupés autour des puits.

L'Artois a possédé, dès le haut Moyen Age, de nombreuses abbayes qui répandirent autour d'elles leur influence civilisatrice. La réforme de saint Bernard, donnant un nouvel essor à la vie monastique, provoqua au XIIme siècle la fondation de nombreuses abbayes cisterciennes. La guerre de 1914-1918, particulièrement acharnée dans cette région, causa de nouvelles et irréparables ruines. De la Grande et de la Petite-Place d'Arras, bordées de maisons pittoresques du style flamand, dont quelques-unes remontaient au XIVme siècle et la plupart au XVIme siècle, et dont beaucoup avaient conservé leurs vieilles enseignes taillées dans la pierre, du majestueux Hôtel de Ville, du XVIme siècle, du Beffroi, haut de 75 mètres, au-dessus duquel, sur une couronne ducale, se dresse un lion colossal, portant la bannière d'Arras, de tout cet ensemble, unique en France, quelques façades mutilées



Cliché Éditions R. Reubrez

La Porte de Paris à Lille


Médication Opothérapique
EXTRAITS TOTAUX
CHOAY
Obtenus par dessiccation rapide, dans le vide, vers O°,
d'organes soigneusement récoltés auxquels ils sont équivalents
SYNCRINES CHOAY
Résultant de l'association d'Extraits totaux,
en formules qui répondent aux principaux syndromes
COMPRIMÉS CACHETS PILULES AMPOULES
CHOAY
Échantillons sur demande au LABORATOIRE CHOAY
48, Rue Théophile Gautier PARIS-16e-Tél Auteuil 44-09

ont résisté, et les Beaux-Arts ont déjà restauré dans leur état primitif une partie de ces deux places, qui formaient l'une des principales curiosités de la France du Nord.

Le Boulonnais, bien que ce pays ait fait partie de l'ancien gouvernement général de Picardie, se rattache plutôt, par sa structure géologique, à l'Artois, dont il est comme le prolongement vers l'Ouest. Sa constitution crayeuse a subsisté dans une enceinte de collines, assez accidentées. Cette dépression médiane, quand on a gravi les rampes de l'enceinte, paraît comme une verdoyante oasis, sur laquelle sont assises les forêts de Boulogne, de Desvres, d'Hardelot. Cette région du Bas-Boulonnais, de configuration assez accidentée, est coupée par les vallées de petits cours d'eau, le Slack, le Wimereux et surtout la gracieuse vallée de la Liane. C'est une région de pâturages, où l'on élève les chevaux et les vaches laitières La ville principale, Boulogne, avec ses remparts, son château et l'activité de son port, est l'une des plus séduisantes du nord de la France. Sur le bord de la mer, aux collines crayeuses, correspondent des promontoires, les caps Gris-Nez et Blanc-Nez. A la dépression centrale, une côte basse, où alternent les prés-salés et les dunes. L'activité maritime se concentre dans le port de Boulogne, port de voyageurs entre la France et l'Angleterre et important port de pêche, armant pour l'Islande.

LA FLANDRE. — La Flandre française, devenue le département du Nord, comprend la Flandre proprement dite, le Hainaut et le Cambrésis. Cette région, qui descend, en plan légèrement incliné du massif de l'Ardenne, auquel elle s'adosse à l'est, vers la mer du Nord, sous laquelle sa faible pente se poursuit, n'offre point de frontières très précises. Une ligne toute conventionnelle la sépare de la Belgique. Au sud, elle est limitée par les collines de l'Artois. Elle tire cependant un grand caractère d'unité de l'extrême platitude de son relief, à peine interompu par la ligne des monts, dont les plus hauts sommets : le mont Cassel, le mont des Cats, le mont Noir, n'atteignent que 175, 158 et 131 mètres d'altitude, mais qui prennent une importance au-dessus des plaines environnantes. La France a des contrées aussi fertiles, mais elle n'en a pas de plus productives, de mieux cultivées, ni (sauf la Seine) d'aussi peuplées. Le riche bassin houiller qui s'étend sur un espace de plus de 60.000 hectares, depuis l'extrémité occidentale du versant nord de l'Artois jusqu'au pied de l'Ardenne, et qui se relie au bassin belge de la Meuse et de la Sambre, a permis à l'industrie d'y prendre un développement égal à celui de l'agriculture. Il faut distinguer entre la région houillère, qui comprend les bassins de Lens, de Béthune, d'Anzin, de Valenciennes et de la Flandre proprement dite, dont le sol recouvert de limons très fertiles, et cultivé d'une façon intensive et scientifique, produit en abondance le blé, l'orge, les betteraves et certaines cultures industrielles, comme le houblon, la chicorée, le chanvre et le lin. Dans l'une, c'est une population de mineurs et d'ouvriers, groupés en agglomérations peu étendues, mais très rapprochées, autour des puits des mines et des usines ; dans l'autre, la population, moins serrée, comprend d'importants marchés agricoles, comme Aire, Saint-Omer, Hazebrouck et Bailleul.

Enfin, à la limite de la Flandre agricole et de la région houillère, principalement entre la Lys et la Deûle, grâce aux qualités d'énergie et d'initiative des habitants, qui ont su tirer parti des richesse admirables de leur sol et prendre goût dès le Moyen Age à l'industrie et au commerce, de grandes agglomérations urbaines se sont développées, faisant de cette région l'une des plus prospères de notre pays. Armentières, sur les bords de la Lys, Lille, Roubaix et Tourcoing, dans la région de la Deûle, ces trois localités voisines, formant avec leurs faubourgs une agglomération de plus de 700.000 habitants. Si la filature et le tissage sont restés la principale ressource de cette partie de la Flandre, on peut dire que presque toutes les branches de l'industrie sont représentées dans ce centre prodigieux de travail et d'activité.

A partir de la Vallée de l'Escaut, le sol se relève dans la direction du sud-est, il s'accidente, les coteaux se redressent et se boisent, les vallons se creusent : c'est le commencement des Ardennes. C'est à cette région naturelle qu'appartiennent l'arrondissement d'Avesnes, aux beaux pâturages, aux séduisantes collines boisées, aux belles forêts de Mormal et de Trélon, dans lequel se dresse le point

culminant (266 mètres) de la Flandre française. Dans cette région, entre les hauteurs de l'Ardenne et le soulèvement crayeux de l'Artois, s'ouvre un passage qu'emprunte l'Oise pour descendre vers Paris et la Sambre, pour couler vers le nord ; cette dépression est suivie par le canal qui joint l'Escaut à la Somme et à l'Oise, et fait communiquer la région des Flandres avec Paris. C'est la voie de pénétration la plus directe vers le cœur de la France, celle que suivront toutes les invasions. Les villes, anciennes forteresses, sont devenues soit camp retranché comme Maubeuge, soit centres industriels comme Cambrai, Le Cateau, Avesnes et Fourmies.

Sur la côte, grâce à la proximité de l'Angleterre, se sont développés deux grands ports : Calais, à la fois port de voyageurs, port de pêche et ville industrielle, et Dunkerque, port de commerce, le troisième de France par son importance.

Plusieurs de ses villes, comme Bergues et Douai, ont conservé leur orgueilleux beffroi du XVme ou du XVIme siècle. Un peu partout, des bâtiments communaux et des maisons de style flamand ou portant, dans leur ornementation surchargée, la marque de la domination espagnole, rappellent les vicissitudes de la province. Il faut également citer parmi les monuments religieux qui, dans cette région, cèdent le pas à l'architecture civile, des édifices d'un puissant intérêt, comme l'ancienne cathédrale de Saint-Omer et les grandioses ruines de l'abbaye de St-Bertin.

Enfin, aucune région n'a conservé plus intégralement l'ensemble de ses coutumes. Les sociétés d'arbalétriers et d'archers, les kermesses, les sonneries des gais carillons évoquent la vision d'un monde disparu.

LA PICARDIE. — La Picardie a formé le département de la Somme : les arrondissements de Boulogne et de Montreuil dans le Pas-de-Calais, ceux de Vervins et de Saint-Quentin dans l'Aisne, une portion des arrondissements de Beauvais et de Compiègne, dans l'Oise. Cette région est constituée par une série d'amples bombements crayeux que couronnent de vastes surfaces horizontales, généralement recouverts d'une couche épaisse de limon, et qui présentent une grande ferltilité.

Quelques rivières au cours paresseux s'ouvrent un passage entre les plateaux de la Picardie. Ce sont au nord la Canche et l'Authie, au sud la Bresle, au centre la Somme et ses deux affluents, l'Ancre et l'Avre.

D'innombrables jardins potagers, les « Hortillons », sillonnés de canaux et que l'on ne peut aborder qu'en bateau, forment le long de la somme et de l'Avre des paysages d'une grande originalité. Mais, en d'autres parties de la vallée, les eaux filtrant à travers la craie des plateaux, viennent reparaître en sources au pied des pentes et forment de vastes marécages que la rivière trop lente ne parvient pas à draîner.

Dans ces vallées s'abritent presque toutes les villes de la Picardie, anciennes places fortes, devenues marchés, où se concentrent les produits maraîchers des vallées et les produits agricoles des plateaux. Elles s'adonnent à des industries nées des ressources locales, le drap, les cotonnades et velours de coton, les toiles de lin et de chanvre, et surtout les sucreries. Montreuil, sur la Canche ; Doullens, sur l'Authie ; Albert, sur l'Ancre ; Roye et Montdidier, sur ou près de l'Avre ; Amiens, Abbeville, dans la vallée de la Somme.

Le plateau se terminait jadis par une falaise qui a reculé peu à peu, battue par les vagues et par les marées : entre la falaise et la mer s'est constituée une plaine d'alluvions bordée de dunes, le Marquenterre, que les habitants ont, par de continuels travaux d'asséchement, transformée en une région agricole de tout premier ordre. Les seuls ports sont aux estuaires ensablés des rivières, Saint-Valéry et Le Crotoy, à l'embouchure de la Somme, Etaples, à l'embouchure de la Canche.

A la limite orientale de la Picardie, le petit pays de la Thiérache, compris presque entièrement dans le département de l'Aisne, dont il est la région la plus élevée, est une des contrées les plus pittoresques du nord de la France. Pays de forêts et de pâturages, où l'humidité du sol, favorisant la croissance de l'osier, a fait de la vannerie l'unique industrie du pays. Les principales villes sont La Capelle et Vervins.

R. REUBREZ.

PROGRAMME

LUNDI 21 JUILLET. — 10 heures. — SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE, dans la Salle des Fêtes de l'Université, rue Auguste-Angellier, sous la présidence de M. A. CHATELET, Recteur de l'Université de Lille.

14 h. 15. — 1er RAPPORT. — PSYCHIATRIE. *Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales.* Rapporteur : M. le Docteur LAMACHE, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

18 heures. — *Réception* par M le Maire de Lille, et l'Administration municipale, au nouvel Hôtel de Ville (tenue de ville). *Visite de l'Hôtel de Ville.*

MARDI 22 JUILLET. — 9 h. 15. — 2me RAPPORT. — NEUROLOGIE : *Les réflexes de posture élémentaires.* Rapporteur : M. le Dr DELMAS-MARSALET, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

14 h. 15. — *Séance de communications.*

17 heures. — *Visite de la Clinique départementale d'Esquermes. Thé. Garden-party.*

MERCREDI 23 JUILLET. — 9 h. 15. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du Congrès.

L'Assemblée Générale du Congrès sera immédiatement suivie de l'*Assemblée générale* de l'*Association Amicale des médecins des Etablissements d'aliénés de France.*

14 h. 15. — *Séance de communications* (avec *projections*).

Excursion à Armentières. Départ en auto-car à 16 heures.

Visite de l'Asile autonome pour aliénés et *Vin d'honneur* offert par MM. les membres de la Commission administrative. Président M. le Sénateur DRON, président du Conseil Supérieur de l'Assistance publique.

Retour à Lille en auto-car pour 18 h. 30. Place du Palais-Rihour (Prix : 15 fr.).

JEUDI 24 JUILLET. — 9 h. 15. — 3me RAPPORT. — ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE : *L'application de la loi sur les assurances sociales aux malades présentant des troubles mentaux.* Rapporteur : M. le Dr CALMETTES, Médecin chef de l'asile de Limoges.

14 h. 15. — *Séance de communications.*

16 h. 30. — *Visite du Palais des Beaux-Arts,* sous la direction de M. THÉODORE, Conservateur général des Musées du Palais des Beaux-Arts de Lille (la carte de congressiste sera exigée à l'entrée).

21 heures. — *Soirée* offerte par le Congrès à l'Hôtel Delannoy, rue Nationale, 210. Tenue de ville. (Tramways : F, H, I, K).

VENDREDI 25 JUILLET. — 9 h. 15. — *Séance de communications.*

Excursion à Lens et à Notre-Dame-de-Lorette.

Départ en auto-car de la Place du Palais-Rihour à 12 heures.

Arrivée à Lens, devant le siège central des *Mines de Lens* à 13 heures.

Visite des vastes installations de surface de la société.

Départ en auto-car pour *Notre-Dame-de-Lorette* à 17 heures. Visite du Cimetière National et de « La Lanterne des Morts ». Panorama des Champs de bataille de l'Artois.

Retour à Lille pour 20 h. 30. (Prix des places en auto-car, Lille-Lens-Lorette et retour : 28 francs).

SAMEDI 26 JUILLET. — *Excursion à Bailleul.* Départ en auto-car à 8 h. 30, de la Place du Palais-Rihour, pour Wytschaete, Kemmel, Locre, Mont Rouge, Mont Noir, St-Jans-Cappel, Bailleul.

11 h. 30. — *Visite de l'Asile autonome pour aliénés* et réception par MM. les Membres de la Commission administrative. Président : M. le Pr F. COMBEMALE, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Lille.

Banquet offert aux Congressistes par les Asiles autonomes d'Armentières et de Bailleul, à 13 heures.

A partir de 15 heures, départ en auto-car pour Lille. Durée du trajet : une heure environ.

(Prix de l'excursion en auto-car, Lille-Kemmel-Lille : 28 francs).

Un COMITÉ DES DAMES organisera pendant les séances scientifiques :

Le mardi 22 juillet : à 10 heures, *Visite de la ville de Lille :*

A 15 h., *Réception dans les* jardins de la Clinique départementale d'Esquermes.

Le mercredi 23 juillet : à 10 heures, *Visite de la filature J. Thiriez Père et Fils.*

Le jeudi 24 juillet : à 9 heures, *Visite d'une fabrique de tapis.*

Les dames qui désirent participer à ces promenades sont priées de s'inscrire au Secrétariat du Congrès (Institut de Physique, 50, rue Gauthier-de-Châtillon).

***

Les Congressistes *en arrivant à Lille* trouveront a la sortie de la gare, après les bureaux de l'Octroi, une *permanence* établie dans le stand du Syndicat d'Initiative « Les Amis de Lille ». Il leur y sera donné tous renseignements.

La correspondance des congressistes pourra être adressée à l'Institut de Physique, 50, rue Gauthier-de-Châtillon.

EXCURSIONS PENDANT LA SESSION DU CONGRÈS

Les Congressistes qui désirent participer aux *excursions* d'Armentières, de Lens-Lorette et de Kemmel-Bailleul, sont priés de s'inscrire auprès du Secrétaire général *avant le 10 juillet,* et de retirer les cartes spéciales à ces excursions, avant le mardi soir 22 juillet à la permanence du Secrétariat Général a l'Institut de Physique, 50, rue Gauthier-de-Châtillon.

Pour les excursions de Kemmel-Bailleul, se munir d'une *pièce d'identité officielle avec photographie* pour le passage de la frontière belge.

Il est rappelé qu'actuellement la *douane française* n'admet aucune tolérance pour tabac, allumettes et jeux de cartes.

Le Comité ne prend pas la responsabilité des accidents.

Toutes les séances de travail se tiendront dans le grand amphithéâtre de l'Institut de Physique, 50, rue Gauthier-de-Châtillon. — VISITEZ-Y L'EXPOSITION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES.

ANGIOXYL

DU Dr ROUSSEL

MÉDICATION SPÉCIFIQUE
PAR ACTION TROPHIQUE SUR LES VAISSEAUX

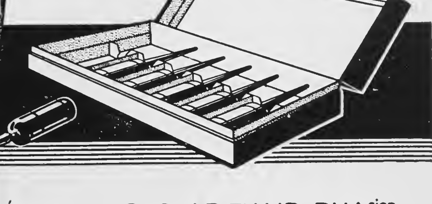
---

dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ARTÉRITES DE TOUTE NATURE

AMPOULES: 1 à 3 par jour en injection intra-musculaire

SIROP: 2 cuillérées à café par jour

AUCUNE CONTRE-INDICATION



ÉCHANTILLONS : J. B. FIALIP PHAcien
97, RUE DE VAUGIRARD - PARIS (6e)

r.c 18.000

Roger Dacosta. Edit.

Le Premier Groupement Économique

Avec une population de près de trois millions d'habitants, les départements du NORD et du PAS-de-CALAIS constituent la première région économique. C'est l'un des foyers industriels le plus important d'Europe, le plus riche de FRANCE.

En un centre unique, s'y trouvent rassemblées les industries les plus diverses : industrie houillère, industrie textile, industries métallurgiques, industries chimiques et industrie alimentaire largement florissante, en rapport avec la richesse du sol et la nécessité de pourvoir à l'alimentation d'une population surabondante (1.000 habitants au kilomètre carré dans la région de LILLE-ROUBAIX TOURCOING).

C'est dans l'épanouissement d'une pleine postérité que la guerre a arrêté cet organisme puissant dont la FRANCE s'énorgueillissait. Les ravages qui y furent volontairement, systématiquement causés par l'ennemi, se chiffrent pour les seules industries du département du NORD à *15 milliards 825 millions de francs or de germinal (25 francs = 1 £)*.

Aujourd'hui, les ruines se sont effacées, témoignant d'une œuvre immense, admirable, accomplie sans défaillance aucune, par tous, du plus petit au plus grand. La production a atteint de nouveau et souvent dépassé, celle d'avant guerre.

Cette région est de celles où le RÉSEAU FERROVIAIRE est le plus dense, surtout dans la région de Lille ; la gare de triage de Lille-Délivrance, construite depuis la guerre, est la plus importante de France, un modèle du genre. Le réseau est exploité par la belle Compagnie du Chemin de fer du Nord, dont on sait que les trains sont les plus rapides du monde.

AU POINT DE VUE MARITIME, elle est admirablement partagée avec ses ports principaux de BOULOGNE, de CALAIS et surtout de DUNKERQUE, dont le trafic a doublé depuis dix ans et qui est devenu le troisième de France. Leurs transformations et leurs agrandissements constants le mettent à même de répondre aux continuelles exigences des échanges toujours plus intenses. Un système très dense de canaux de navigation et une petite batellerie très répandue aide puissamment au transport des matériaux lourds.



Photo Grand Hebd. Illustré.

Le Cimetière National de Notre-Dame de Lorette.



Cliché Nord Industriel

Fours à coke des Mines de Lens

Il serait injuste de ne pas signaler l'AGRICULTURE. La terre végétale grasse et profonde, très scientifiquement utilisée, abondamment pourvue d'engrais, donne une grande variété de produits : des céréales avec un des plus forts rendements à l'hectare, des légumes, des graines, du houblon, du lin, du tabac, la majeure partie de la chicorée consommée en France, etc. De gros pâturages servent à l'élevage d'une belle race bovine, bonne laitière (race flamande) à des moutons estimés, aux chevaux recherchés du Boulonnais ou de l'Ardennais.

Mais où l'activité prodigieuse se donne libre cours dans ce pays réellement unique, c'est dans la diversité des industries implantées sur son sol, se coudoyant, s'enchevêtrant pour ainsi dire.

Parmi les facteurs qui ont exercé leur influence sur le développement de la prospérité économique de la région, l'un des plus puissants réside dans la **RICHESSE HOUILLÈRE** que renferme son sol et que l'on exploite depuis près de deux siècles. Vingt-deux compagnies minières, dont certaines ont une puissance formidable et une renommée mondiale, ANICHE, ANZIN, BÉTHUNE, BRUAY, COURRIÈRES, LENS, LIÉVIN, MARLES, s'en partagent l'exploitation : plus de 34 millions de tonnes de houille, nette de tous déchets, ont été produits en 1929, contre 27 millions en 1913. Partant de ce principe que l'on peut faire mieux que de brûler simplement la houille dans un foyer, beaucoup de Compagnies ont développé, à côté de l'extraction du charbon, *l'industrie dite des sous-produits* qui est en passe de devenir l'élément capital de leur activité. Ainsi la production du coke est-elle de près de 4 millions de tonnes, celle des agglomérés de plus de 3 millions, le goudron représente 1/3 de la production nationale, le brai extrait du goudron, 50 %, le benzol 55 %, le sulfate d'ammoniaque 44 %. Leurs usines d'*ammoniaque synthétique* peuvent satisfaire déjà 50 % de la consommation française. En outre le gaz *des fours à coke* est distribué aux industries voisines, verreries en particulier, et sert à l'éclairage et au chauffage des grosses agglomérations de la région ; l'on sait même

que l'on se propose de conduire ce gaz à Paris. Par ailleurs, l'utilisation des charbons impropres à la consommation courante procure aux mines des milliards de kilogrammes de vapeur qui servent à *fabriquer de l'électricité* dans de gigantesques centrales, dont le courant à haut voltage alimente toutes les communes de la région.

Aussi ne s'étonnera-t-on pas de ce que le bassin houiller du NORD et du PAS-de-CALAIS occupe 187.700 ouvriers, puisse mettre à leur disposition 83.700 logements, paie 1 milliard 700 millions de francs de salaires et 280 millions d'impôts. On ne peut que louer les Compagnies de mines de leur largeur de vue dans leurs œuvres sociales, toujours en tête du progrès. Ce sont des modèles qu'il faut connaître et pour lesquels les dépenses s'élèvent chaque année à plus de 420 millions.

Ces mines de houille ont fait surgir aux alentours de très nombreuses industries qui recherchent ce combustible, en particulier des usines sidérurgiques, des ateliers de transformation de métaux et de construction métallique : leur réputation est mondiale. Avec le département de Meurthe-et-Moselle le département du Nord représente les deux grands CENTRES DE SIDÉRURGIE FRANÇAISE. La grosse métallurgie ne comprend pas moins de 60 usines très importantes groupées autour de MAUBEUGE, VALENCIENNES et LILLE. Ces industries occupent 140.000 ouvriers. Le département du Nord possède 16 hauts fourneaux en activité, produit 1.175.000 tonnes de fonte, 1.303.000 tonnes de fer et d'acier, 70.000 tonnes de zinc, 12.000 tonnes de plomb ; il détient la première place dans la construction du matériel roulant, aussi bien pour la France que pour l'étranger. Le soir, de très loin, on peut voir des lueurs féeriques percer la nuit et illuminer toutes ces régions laborieuses, leur donnant un aspect saisissant d'une impressionnante grandeur.

Une des industries qui tient aussi une place considérable dans l'activité de la région, est l'INDUSTRIE TEXTILE qui occupe plus de 150.000 ouvriers. LILLE et sa banlieue, et la rive droite de la LYS sont le domaine de l'*industrie linière* qui compte plus de 90 % des broches de la filature française : c'est le gros centre de production des fils à coudre. Les tissages de LILLE, HALLUIN et surtout ARMENTIÈRES, « la cité de la toile » groupent 32.000 métiers mécaniques soit les 2/3 de ceux qui battent en France. A VALENCIENNES, CAMBRAI, CAUDRY on produit des linons, des batistes, des toiles fines, des tulles, des dentelles recherchées. ROUBAIX, TOURCOING, avec 200 usines et 60.000 ouvriers qui travaillent la *laine*, forment un des centres lainiers les plus considérables du monde : peignages, filatures, tissages de laine, fabriques de tapis, de draperies, de tissus, d'étoffes d'ameublement, de couvertures, ont tous une renommée mondiale. Qui ne connaît le drap de Roubaix ou le *tapis de Tourcoing*, LILLE, ROUBAIX, TOURCOING, ARMENTIÈRES, forment un très grand centre d'*industrie cotonnière* qui avec ses trois millions de broches et ses 35.000 ouvriers, fabriquent les 3/5 des fils produits en France. On conçoit qu'avec l'abondance de la production des tissus, draperies, lainages, cotonnades, la région soit pourvue de nombreux ateliers de confections alimentant pour la plus large part le marché français.

Même un très rapide aperçu de la puissance industrielle de cette région ne saurait passer sous silence, les INDUSTRIES DE L'ALIMENTATION. Si les minoteries et meuneries sont très développées, si les fabriques de biscuits, chocolat, confiserie sont nombreuses, si l'industrie de la bière occupe une place importante, incontestablement l'une des industries les plus importantes est celle de la sucrerie, développée dans les environs de CAMBRAI, DOUAI, LILLE, VALENCIENNES, ARRAS, MONTREUIL, SAINT-OMER et SAINT-POL, où se cultive intensément la betterave sucrière.

Enfin, en signalant l'importance des briqueteries, tuileries, faïenceries et de l'industrie céramique, très ancienne dans la région (SAINT-AMAND, DESVRES), (on en verra de magnifiques collections au musée de Lille), on a passé rapidement en revue les principales industries qui font la fortune et la renommée de cette vigoureuse région du Nord dont on peut bien dire que, hormis le vin, elle représente toutes les variétés de la production nationale, tant en agriculture, qu'en industrie.

L'Université de Lille

L'Université comprend un très grand nombre d'établissements et de services, ***Faculté de Droit, Faculté des Lettres, Faculté des Sciences*** avec ses instituts de physique et d'aérodynamie, de chimie, d'Histoire naturelle et d'électro-mécanique, ***Faculté de Médecine et de Pharmacie,*** avec ses laboratoires et ses services cliniques des hôpitaux Saint-Sauveur, La Charité, Esquermes.

En outre, des établissements de haute recherche ou de haut enseignement scientifique ont avec elle des liens de plus en plus étroits : L'*Institut Pasteur*, l'*Institut Industriel*, l'*Ecole de Commerce*, l'*Ecole des Beaux-Arts*, l'*Ecole régionale d'Architecture*, l'*Ecole Nationale d'Arts et Métiers*... Enfin une *bibliothèque* commune à toutes les facultés offre à l'étudiant et au professeur l'un des plus riches dépôts scientifiques de province ; elle possède notamment une très belle collection de plus de 4.000 périodiques et un service d'échange très actif lui permet de recevoir annuellement plus de 2.000 volumes. La salle de lecture comporte 125 places ; le catalogue sur fiches, les magasins des livres sont parmi les meilleures installations. Des maîtres illustres ont enseigné à l'Université : Pasteur au début de sa carrière, les géologues Gosselet et Charles Barrois, le physiologiste Wertheimer, le chimiste-biologiste Lambling, l'histologiste Laguesse, le bactériologiste Calmette.

Plus de deux mille huit cents étudiants et étudiantes sont actuellement inscrits à l'Université de Lille. Ces jeunes gens et ces jeunes filles sont, en majorité, originaires de la région du Nord. Ils se destinent aux carrières les plus diverses : avocats, commerçants, conseillers d'affaires, médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, chimistes, professeurs, ingénieurs, agriculteurs, linguistes...

Pour resserrer entre eux les liens de camaraderie et d'amitié, pour leur assurer des conditions matérielles d'existence, avec tout le confort et l'hygiène, ils peuvent se réunir à la Maison des Etudiants, créée par l'initiative généreuse de feu le recteur Lyon ; de leur côté les étudiantes ont aussi leur Maison.



(Cliché Université)

Faculté des Sciences et Statue de Pasteur

Déjà l'Université se trouve à l'étroit dans ses locaux. Aussi étudie-t-elle et réalise-t-elle des extensions et des services nouveaux qui augmenteront encore dans l'avenir son importance.

Elle envisage la construction d'une nouvelle Faculté de Droit; la construction d'un Observatoire et d'un Institut de Mécanique des fluides; des aménagements nouveaux de l'Institut de Physique; des laboratoires et amphithéâtres nouveaux aux Instituts de Chimie et d'Histoire Naturelle. Elle prévoit encore un *Institut de Médecine légale et sociale,* un *Institut stomatologique,* peut-être même le transport de la Faculté de Médecine au centre d'une grande Cité hospitalière.

L'Université s'oriente aussi de plus en plus vers une collaboration avec les industries et les activités régionales par la création d'un *Institut agricole,* d'un *Institut commercial,* d'un *Institut de la houille,* d'un *Institut de mécanique des fluides,* de Laboratoires d'essais de matériaux, d'analyses de corps gras, des conférences de Perfectionnement industriel, etc...

L'Université étend enfin méthodiquement ses relations avec l'étranger par son Institut de Londres, ses échanges de professeurs, ses cours de vacances pour professeurs d'autres nationalités, ses cours de français pour étudiants étrangers, ses camps et ses cours de vacances internationaux.



Vivat Flamand

1ers et 2es TÉNORS — 1ers et 2es BASSES

Largo maestoso

Vivat Vivat Semper Semper in æ . ternum

Allegretto

Qu'il vive! Qu'il vive! Qu'il vive à jamais Répétons sans cesse sans cesse Qu'il

Rallentando e diminuendo poco a poco — *Morendo* — Allegro

vive à jamais En santé, en paix ce sont nos souhaits Vi . vat vi . vat

Allargando molto — Largo — Lento

Sem . per Semper in æ . ter . num Vi . vat Sem per

Allegro — *Allargando molto*

Semper in æ . ter num Vi . vat vi . vat . Sem . per Semper in æ . ter . num.

Le Palais des Beaux-Arts de Lille

Divisé en onze sections: Musée de peinture, de dessin (Musée Wicar), de gravure, d'archéologie, des antiquités et souvenirs locaux (Musée Lillois), de numismatique et de sphragistique, de céramique, d'éthographie, Musée lapidaire, le Palais des Beaux-Arts est un des plus beaux musées de province. Il possède un dépôt artistique des plus renommés en France et à l'étranger.

Remarquable tant par le nombre que par la valeur des œuvres qu'il renferme, il est considéré comme un trait d'union entre les musées nationaux de Paris et les Grandes Galeries publiques de Belgique et de Hollande.

La collection des dessins de grands maîtres, dite Musée Wicar, conservée ici, est d'une richesse et d'une beauté tout à fait exceptionnelle. Fort célèbre, elle rivalise avec les Musées de l'Albertina à Vienne et des Offices à Florence. Peu de grandes galeries peuvent présenter un ensemble aussi splendide d'œuvres capitales des Van Dyck, Rubens, Crayer, Jordaëns, etc., et la salle des maîtres hollandais est une des plus réputées par la beauté des œuvres exposées. Enfin, dans un salon réservé, la célèbre Tête de Cire, magnifique morceau de sculpture représentant un buste de jeune fille, jouit d'une réputation mondiale.

Au cours de la guerre de 1914-1918, lors du bombardement allemand de la ville les 11 et 12 octobre 1914, le Palais des Beaux-Arts, repéré par l'artillerie ennemie, fut atteint par plus de 70 projectiles qui ruinèrent cet édifice.

Les collections artistiques furent sauvées de la destruction par M. Em. Théodore, conservateur général, assisté de son personnel.

La reconstitution matérielle des musées, la restauration des bâtiments qui les abritaient entraînèrent des travaux considérables. Les œuvres d'art sauvées de la destruction par les soins du conservateur général, avaient été ensuite enlevées de force par l'ennemi. Après leur récupération presque totale, on constata qu'elles avaient eu gravement à souffrir des suites de cet enlèvement manu militari. Avant de songer à en refaire les classements méthodiques, il fallut de suite leur donner les soins que réclamait leur état. De nombreuses et délicates opérations de prothèse artistique, habilement menées sous la direction de M. Théodore, qui en avait reçu mission du ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, rendirent aux précieuses œuvres d'art leur ancienne splendeur.

Quant aux bâtiments du Palais qui abritaient les collections, tout était à refaire, sauf le gros œuvre du monument ruiné. Profitant de cette réorganisation totale, de nombreuses et importantes améliorations ont été apportées par la ville de Lille dans cette reconstitution matérielle par rapport à ce qu'était autrefois l'aménagement des galeries d'exposition, en vue de la bonne conservation des œuvres d'art et d'objets de curiosité et de leur meilleure présentation.

Des systèmes de chauffage et de ventilation mécanique combinés, une salle de machines d'assèchement, établis suivant les derniers perfectionnements, actionnés par une usine de 200 chevaux-vapeur spécialement aménagée à cet effet, constituent une installation unique en son genre.

Malgré les lourdes charges qu'entraîne l'entretien de tels musées, l'administration municipale de la ville de Lille, contrairement à ce qui se voit ailleurs, a maintenu l'entière gratuité d'entrée des Musées du Palais des Beaux-Arts, dans lesquels elle voit une source d'instruction, d'éducation et de moralisation publiques.



CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIVe SESSION
LILLE (21-26 JUILLET 1930)

COMPTES RENDUS

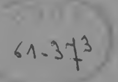
PUBLIÉS PAR

Le Professeur P. COMBEMALE

Secrétaire Général de la XXXIVe Session du Congrès

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1930



CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIVe SESSION

LILLE (21-26 JUILLET 1930)

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIVe SESSION
LILLE (21-26 JUILLET 1930)

COMPTES RENDUS

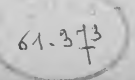
PUBLIÉS PAR

Le Professeur P. COMBEMALE
Secrétaire Général de la XXXIVe Session du Congrès



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1930



PRÉLIMINAIRES

COMITÉ D'HONNEUR

Sous le haut patronage de M. le Président de la République

M. Désiré Ferry, Ministre de la Santé Publique.
M. R. Langeron, Préfet du Nord.
M. le Sénateur A. Mahieu, Président du Conseil Général.
M. le Député R. Salengro, Maire de Lille.
MM. les Sénateurs et MM. les Députés du Département du Nord.
M. Lacour, Premier Président de la Cour d'Appel de Douai.
M. Beylot, Procureur Général près la Cour d'Appel de Douai.
M. A. Chatelet, Recteur de l'Université de Lille.
M. le Professeur Ch. Dubois, Doyen de la Faculté de Médecine de Lille.
Monseigneur Lesne, Recteur de l'Université libre de Lille.
M. le Professeur L. Thilliez, Doyen de la Faculté libre de Médecine de Lille.
M. le Directeur du Service de Santé de la 1re Région
M. Boudry, Président du Tribunal civil de Lille.
M. Bornay, Procureur de la République.
M. le Docteur Coppens, Président du Syndicat Médical de Lille et de sa région.
M. Thaune, Consul de Belgique.
M. Venot, Vice-Consul d'Espagne.
M. Leuze, Chancelier du Consulat de Suisse.
M. Delepoulle, Président du syndicat d'initiative « Les Amis de Lille »

COMITÉ PERMANENT DU CONGRÈS

Dr Paul Courbon (de Paris).
Dr Ern. de Craene (de Bruxelles).
Dr Raoul Leroy (de Paris).
Dr Maurice Olivier (de Blois).
Pr Henri Roger (de Marseille).
Dr van der Scheer (de Groningen).

Secrétaire permanent : Dr René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine).

BUREAU DE LA XXXIVe SESSION

Président

M. le Dr Abadie, Professeur de clinique neuro-psychiatrique à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Vice-Président

M. le Dr Pactet, Médecin-Chef honoraire des Asiles de la Seine.

Secrétaire général

M. le Dr Combemale, Professeur à la Faculté de médecine de Lille, Médecin-Chef de la Maison de santé de Bailleul (Nord).

Secrétaires des séances

M. le Dr Meignant, Chef de clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris.
M. Pauly, Interne des hôpitaux de Bordeaux.
M. Cappelle, Interne à la Maison de santé de Bailleul.

DÉLÉGUÉS OFFICIELS

RÉPUBLIQUE ARGENTINE

Société de Neurologie et de Psychiatrie : Dr Helvio FERNANDEZ.

BELGIQUE

Gouvernement belge : M. le Docteur DU CHATEAU, Inspecteur général des Asiles d'aliénés, délégué officiel de M. le Ministre de la Justice.

Société de Médecine Mentale de Belgique : Dr R. TITECA et Dr A. LEROY.

Société Belge de Neurologie : Dr ALEXANDER, Dr Ern. DE CRAENE, Prof. Aug. LEY.

GRANDE-BRETAGNE

The Royal Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland : Dr Donald ROSS, Medical Superintendent, Argyll and Bute District Mental Hospital, Lochgilphead.

ESPAGNE

Association Espagnole de Neuro-Psychiatrie : Dr Emilio MIRA, de Barcelone.

FRANCE

Ministère de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts : M. le Professeur Jean LÉPINE, associé national de l'Académie de Médecine, Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon.

Ministère de la Santé publique : Dr DEQUIDT, Inspecteur général des Services administratifs.

Ministère de la Guerre : M. le Médecin-Commandant Fribourg-Blanc, Professeur à l'Ecole d'Application du Service de Santé militaire.

Ministère de la Marine : M. le Médecin-Principal Darleguy, du Port de Toulon.

Conseil Général de la Seine : M. le Dr Calmels.

Préfecture de la Seine : M. Michaut, Chef du Service de l'Assistance Départementale.

Préfecture de Police : M. Vetel, Sous-Directeur chargé du Service des Aliénés et le Dr G. de Clérambault, Médecin en Chef de l'Infirmerie spéciale.

Commission de la surveillance des asiles de la Seine : M. Delaître, Conseiller d'Etat, et M. Autrand, Préfet de la Seine honoraire.

Société Clinique de Médecine mentale : M. Marchand, Président ; M. Capgras, Vice-Président ; M. Colin, Secrétaire général ; MM. Collet, Courbon, Fillassier, Raoul Leroy.

Société Médico-psychologique : M. le Dr Capgras, Président ; M. le Prof. Claude, Vice-Président ; M. le Dr Colin, Secrétaire général ; MM. Guiraud, Dupain, Minkowski et Mallet.

Société de Neurologie : MM. Babonneix, Ern. de Massary, Laignel-Lavastine, anciens présidents ; M. Crouzon, Secrétaire général ; MM. Heuyer, Péron et Thévenard.

Société de Psychiatrie : M. le Prof. Henri Claude.

Société française de Psychologie : M. René Charpentier.

Société de Médecine légale : MM. H. Claude, Crouzon et Fribourg-Blanc.

Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux : M. le Dr Anglade.

ITALIE

Societa italiana di Neurologia et Societa italiana di Psichiatria : Professeur A. Donaggio, Doyen de la Faculté de Médecine de Modène.

LUXEMBOURG

Gouvernement Grand-Ducal : Dr Hansen, Médecin de la Maison de Santé d'Ettelbrück.

POLOGNE

Société polonaise de Psychiatrie : M. le Prof. Stefan Borowiecki, Doyen de la Faculté de Médecine de Posnam ;
MM. les Drs Witold Lunieski et Wladyslaw Stryjeinski.

PORTUGAL

Université de Coïmbra : M. le Professeur E. de Moura.

SUISSE

Société suisse de Neurologie : Dr F. Naville, Président, et Dr Ch. Dubois, Secrétaire général.
Société suisse de Psychiatrie : Dr O. Forel, Président.

TCHÉCOSLOVAQUIE

Université de Charles, à Prague: M. le Dr Sebek, privat-docent.

RÉGENCE DE TUNIS

Dr Perrussel, Médecin-Directeur de l'Hôpital de la Manouba, délégué officiel du Gouvernement de la Régence.

LISTE

DES MEMBRES ADHÉRENTS

DES MEMBRES ASSOCIÉS

ET DES

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

INSCRITS A LA 34e SESSION DU CONGRÈS

MEMBRES ADHÉRENTS

Dr Abadie, Professeur à la Faculté de Médecine, 18, rue Porte-Dijeaux, Bordeaux.

Dr Abély, Médecin-Chef, Asile de Villejuif (Seine).

Dr Adam (Franz), Médecin en chef, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Dr Albès, Médecin-Chef de service, Asile de Châlons-sur-Marne (Marne).

Dr Alexander (M.), Clinique des maladies mentales, rue Wiertz, Bruxelles (Belgique).

Dr Allamagny (P.), Médecin-Directeur, Clinique Médicale Saint-Rémy, 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise).

Dr Anglade (D.), Médecin-Chef de l'Asile d'aliénés de Château-Picon, près Bordeaux (Gironde).

Dr Anglade (R.), Médecin-Chef, Asile de Brenty-la-Couronne (Charente).

Dr Augagneur, Directeur de l'Asile de Bien-Hoa (Cochinchine).

Dr Aubry, Médecin en Chef de l'Asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr Audemard (E.), Médecin des Asiles, Inspecteur Maisons de santé, 71, Chemin des Grandes-Terres, Lyon-St-Just (Rhône).

M. Autrand, Préfet de la Seine honoraire, 17, rue d'Anjou, Paris, Ve.

Dr Babonneix (Léon), Médecin des Hôpitaux, 25, rue de Marignan, Paris, VIIIe.

Dr Baruk (Jacques), Médecin-Directeur de l'Asile de Saint-Gemmes, près Angers (Maine-et-Loire).

Dr Baruk (H.), Villa Montaigne, 4, rue Cacheux, Paris, XIIIe.

Dr Behague (P.), 1, rue Villersexel, Paris, VIIe.

Dr Bessière (R.), Médecin en Chef, Asile de Navarre, Evreux (Eure).

Dr Billet, Directeur de la Maison de santé Rech (Pont-St-Côme), Montpellier (Hérault).

Dr Bonhomme (J.), 17, rue Penthièvre, Sceaux (Seine).
Dr Borel, Médecin-Directeur de l'Hospice cantonal de Perreux-s.-Boudry, Canton de Neuchâtel (Suisse).
Mlle le Dr Bouderlique, Médecin en chef de l'Asile de Saint-Venant (P.-de-C.).
Dr Boulenger, Médecin-Directeur de la Ferme-Ecole de Waterloo (Belgique).
Dr Bour (Louis), Médecin-Directeur du Sanatorium de la Malmaison, à Rueil (Seine-et-Oise).
Dr Bourilhet, Médecin de l'Asile d'aliénés de Ste-Catherine-d'Yseure, près Moulins (Allier).
Pr Borowiecki (Stefan), Doyen de la Faculté de Médecine, 10, rue Polnocna, Poznan (Pologne).
Dr Briche, Médecin-Chef de l'Asile d'Armentières (Nord).
Dr Brissot, Médecin-Directeur, Asile de Rouffach (Ht-Rhin).
Dr Breton, Chef de clinique médical à la Faculté, rue Nicolas-Leblanc, 49, Lille.
Dr Brousseau, Professeur à l'Université Laval, Mastaï, près Québec (Canada).
Dr Busquet (Tomas), Calle Balmes, 26, Barcelona (Espagne).
Dr Buvat, 130, rue de la Glacière, Paris, XIIIe.

Dr Calmels, Conseiller général de la Seine, 22, avenue des Gobelins, Paris, VIIe.
Dr Calmettes, Médecin-Chef de l'Asile de Naugeat, Limoges (Hte-Vienne).
Dr Callewaert, 35, rue de l'Aqueduc, Bruxelles (Belgique).
M. Cappelle, Interne de la Maison de Santé de Bailleul (Nord).
Dr Carriat, Médecin-Chef, Asile d'Armentières (Nord).
Dr Carrière, Professeur à la Faculté de Médecine, 20, rue Inkermann, Lille (Nord).
Dr Carbillet, Médecin-Directeur, Asile de St-Lizier (Ariège).
Dr Charron (Pierre), Castel d'Andorte, Le Bouscat, Bordeaux.
Dr Charron (René), 39, bd du Mail, Amiens (Somme).
Dr Charpentier (René), 119, rue Perronet, Neuilly-sur-Seine (Seine).
Dr Charuel, à Droyes, par Montierender (Hte-Marne).
Dr Claude (Henri), Professeur de Clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine, 89, boulevard Malesherbes, Paris, VIIIe.
Dr de Clérambault (G.-G.), Médecin-Chef de l'infirmerie spéciale, 46, rue Danicourt, Malakoff (Seine).

Dr Collet (Georges), Médecin-Directeur de Clinique médicale, 6, avenue des Marronniers, Fontenay-sous-Bois (Seine).

Dr Combemale (Frédéric), Professeur et Doyen honoraire de la Faculté de Médecine, Président de la Commission Administrative de l'Asile de Bailleul, 128, bd de la Liberté, Lille (Nord).

Dr Combemale (Pierre), Professeur à la Faculté de Médecine de Lille, Médecin-Chef de l'Asile de Bailleul (Nord).

Dr Corcket, 91, rue Caponière, Caen (Calvados).

Dr Cornil, Chef de Clinique psychiatrique à la Faculté, 8, rue Masurel, Lille.

Dr Cornu, Médecin en chef, Asile de Bassens (Savoie).

Dr Courbon (Paul), Médecin en chef, Asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Ogre (Seine-et-Oise).

Dr Crouzon (O.), Médecin des Hôpitaux, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris, XVIe.

Dr Cullerre (Alexandre), Médecin honoraire des Asiles d'aliénés, 8, boulevard des Alliés, La Roche-sur-Yon (Vendée).

Dr Cuel (R.), Chef de laboratoire, Clinique des maladies nerveuses, 2, rue Dorian, Paris, XIIe.

Dr Danjean, Médecin-Directeur, Asile d'aliénés d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).

Dr Dardel (Maurice), Clinique de Roseville, Neuchâtel (Suisse).

Dr Dardenne (E.), Médecin, Asile d'aliénés, Dave-les-Namur (Belgique).

Dr Darleguy, 11, avenue Colbert, Toulon (Var).

Dr Dechaume (Jean), Professeur agrégé, 13, quai Guillotière, Lyon (Rhône).

Dr de Craene (Ernest), Agrégé à l'Université, 26, rue Jacques-Jordaens, Bruxelles (Belgique).

Dr de Fischer, 34, Bouligenstrass, Berne (Suisse).

Dr de Block, Aliéniste du Parquet, Asile de Volière, Liége (Belgique).

Dr Delaunois, Directeur de la Maison de santé de Bonsecours (Belgique).

M. Delaitre, Conseiller d'Etat, 9, rue de la Condamine, Paris, XVIIe.

Dr Delmas-Marsalet (P.), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 79, cours d'Aquitaine, Bordeaux.

Dr Del Greco (Francesco), Médecin-Directeur, Hôpital psychiatrique, Aquila (Italie).
Dr Demay, Médecin-Chef, Asile d'aliénés, Maison-Blanche, par Neuilly-sur-Seine (Seine).
Dr Desruelles (Maurice), Médecin-Chef, Asile de St-Ylie, par Dôle (Jura).
Dr Dequidt, Inspecteur général des Services administratifs, Ministère de l'Intérieur, rue Cambacérès, Paris.
Dr Dereux, 3, boulevard de la Liberté, Lille (Nord).
Dr H. de Miranda, 44, rue du Général-Galliéni, Viroflay (Seine-et-Oise).
Dr Divry (P.), Professeur à la Faculté de Médecine, 11, avenue Blondel, Liége (Belgique).
Dr Donaggio (Arturo), Professeur de psychiatrie, Clinica neurologica e psichiatria, Université de Modène (Italie).
Dr Dubois (J.), Médecin-Directeur, 6, avenue de l'Observatoire-Ste-Marie, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
Dr Dupain, Médecin-Chef honoraire des Asiles de la Seine, 5, boulevard St-Michel, Paris, Ve.
Dr Dubar (J.), 6, Square Cl.-de-Bussy, Paris, XVIIe.
Dr Duchateau, Inspecteur général des Asiles, 36, rue Alfred-Giron, Bruxelles (Belgique).
Dr Duchène, Pensionnat Sainte-Anne, Laxon (Meurthe-et-Moselle).
Dr Dumolard, Médecin des Hôpitaux, 64, rue d'Isly, Alger.
Dr Dutoy, Médecin du sanatorium « Beau-Vallon », St-Servais-lez-Namur (Belgique).

Dr Eissen (Jean), Médecin-Chef, Asile d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin).
Dr Euzière (Jules), Professeur-Doyen de la Faculté de Médecine, 12, rue Marceau, Montpellier (Hérault).

Dr Fauvel, Médecin-Chef, La Roche-Gandon (Mayenne).
Dr Fenayrou, Médecin-Directeur, Asile d'aliénés, Rodez (Aveyron).
Dr Fernandez (Elvio), 37, boulevard des Capucines, Paris, Hospice d'aliénés de Buenos-Ayres (R.-Argentine).
Dr Fillassier (O.), Médecin-Directeur de la Maison de santé du Château de Suresnes (Seine), 10, quai Galliéni.
Dr Focquet, Médecin à l'Asile de Dave, 6, bd Frère-Orban, Namur (Belgique).

Dr Frey, Asile de Stephansfeld, par Brumath (Bas-Rhin).

Dr Fribourg-Blanc, 15, rue Fays, St-Mandé (Seine).

Dr Froment, Professeur à la Faculté de Médecine, 25, rue Godefroy, Lyon (Rhône).

Dr Fromenty, Médecin-Chef, Hospices de Tours.

Dr Gelma (Eugène), 16, rue Apffel, Strasbourg (Bas-Rhin).

Dr Genil-Perrin, 99, avenue de la Bourdonnais, Paris, VIIe.

Dr Prof. Com. Gaetano-Boschi, Hôpital provincial, 17, Via Roma, Ferrare (Italie).

Dr Gorriti (Fernando), Médecin de la Colonie Nationale des aliénés, Open-door, Buenos-Ayres.

Dr Gilles, Médecin-Chef de l'Asile St-Luc, Pau (Basses-Pyrénées).

Dr Guichard, Médecin-Chef, Asile de St-Pons, Nice (Alpes-Maritimes).

Dr Guillain, Professeur à la Faculté de Médecine, 215 *bis*, boulevard St-Germain, Paris, VIIe.

Dr Guisan, Médecin-Directeur de l'Ermitage, Vevey-la-Tour, Canton de Vaud (Suisse).

Dr Halberstadt, Médecin-Directeur de l'Asile de St-Venant (Pas-de-Calais).

Dr Hamel (Jacques), Médecin-Chef, Asile de Mareville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr Hammerlinck, Asile des Epileptiques, Ecloo (Belgique).

Dr Hansen, Médecin-Chef, Asile d'aliénés d'Ettelbruck (Grand-Duché de Luxembourg).

Dr Heuyer (G.), Médecin de l'Infirmerie spéciale près la Préfecture de police, 74, bd Raspail, Paris, VIe.

Dr Henner (K.), Docent en neurologie, Stepanska, 18 a Praha II (Tchéco-Slovaquie).

Dr Hesnard, 4, rue Péreire, Toulon (Var).

Dr Hoven, Médecin-Directeur, Asile de Mons (Belgique).

Dr Ingelrans, Professeur à la Faculté de Médecine, 96, rue Solférino, Lille (Nord).

Dr Jourdran, Médecin-Chef, Maison de santé départementale, St-Robert, près Grenoble (Isère).

Dr Jude, Directeur du Service de santé des troupes du Levant, S. P. 600.

Dr Koller, Maison de santé de Prefargie, Neuchâtel (Suisse).
Dr Kapsalas, 229, avenue de Saxe, Lyon (Rhône).
Dr Kohler, 14, Cours de Rives, Genève (Suisse).

Dr de Labretoigne du Mazel, Médecin-Directeur de l'Asile de Ber-Rechid (Maroc).
Dr Lagriffe, Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Quimper (Finistère)
Dr Lauzier, Médecin-Chef, Asile de Clermont (Oise).
Dr Larrivé, Médecin-Chef, Maison de santé St-Jean-de-Dieu, 192 *bis*, route de Vienne, Lyon (Rhône).
Dr Labuchelle, Médecin-Inspecteur adjoint des Asiles de la Gironde, 29, rue Naujac, Bordeaux.
Dr Laubie, Chef de Clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine, Villa Malgré-Tout, Cours Lamartine, Pessac (Gironde).
Dr Leclercq (J.), Professeur à la Faculté de Médecine, 76, rue Jean-Bart, Lille (Nord).
Dr Le Grand, Professeur à la Faculté libre de Médecine de Lille, Médecin-Chef, Asile de Lommelet, St-André-les-Lille, 243, rue Nationale, Lille (Nord).
Dr Lépine, Professeur-Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, 1, place Gailleton, Lyon (Rhône).
Dr Leroy, Médecin-Chef, Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris, XIVe.
Dr Leroy des Barres, Maison de santé d'Epinay-sur-Seine.
Dr Leroy (A.), Médecin-Chef, Asile Ste-Agathe, 30, rue Henricourt, Liége (Belgique).
Dr Le Savoureux, Médecin-Chef de la Maison de santé de la Vallée-aux-Loups, 87, rue de Châteaubriant, Chatenay-Malabry (Seine).
Dr Letchinski, Villa Elena, Territet-Montreux, canton de Vaud (Suisse).
Dr Lévy-Valensi (J.), Médecin des Hôpitaux, 37, avenue Victor-Hugo, Paris, XVIe.
Dr Ley (Auguste), Professeur à l'Université, 9, avenue Fond-Roy, Uccle 3, près Bruxelles (Belgique).
Dr Ley (Jacques), Assistant à l'Université, 9, avenue Fond-Roy, Uccle 3, Bruxelles (Belgique).
Dr Ley (Rodolphe), 10, avenue de la Ramée, Uccle-lez-Bruxelles (Belgique).
Dr Livet (Louis), 41, rue Boissy d'Anglas, Paris, VIIIe.

Dr MAGNAND, Médecin-Chef, Asile de St-Venant (Pas-de-Calais).

Dr MAHON, Médecin-Directeur, Asile d'aliénés, Mont-de-Marsan (Landes).

Dr MARIE, 1, rue Cabanis, Paris, XIVe.

Dr MARTIMOR (E.), Médecin-chef, Maison de santé départementale de Blois (Loir-et-Cher).

Dr DE MASSARY (E.), Médecin des Hôpitaux, 59, rue de Miromesnil, Paris, VIIIe.

Dr MAUPATÉ (Léon), Médecin-Chef, Maison de Santé, Bailleul (Nord).

Dr MEEUS, Médecin-Chef, Asile de Mortzel-lez-Anvers (Belgique).

Dr MEUSSEN, Médecin de section à la Colonie de Gheel (Belgique).

Dr MEZIE, Médecin-Directeur de l'Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais, près Orléans (Loiret).

Dr MENUAU, Médecin-Directeur, Asile de Fains-les-Sources (Meuse).

Dr MEDAKOVITCH, Chef de Laboratoire à l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris, XIVe.

Dr MEURIOT, 51, avenue Montaigne, Paris, VIIIe.

Dr MEIGNANT, Chef de Clinique à la Faculté, 45, rue d'Ulm, Paris, Ve.

M. MICHAUT, Délégué de la Préfecture de la Seine, 9, rue Rataud, Paris, Ve.

Dr MIGNOT, Médecin-Chef de l'Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Dr MINKOWSKI, 2, square Delambre, Paris, XIVe.

Dr MIRA (E.), Rambla-Cataluna, 121, Barcelona (Espagne).

Dr MOLIN DE TEYSSIEU, 14, rue Blanc-Dutrouilh, Bordeaux.

Dr MORAT (Daniel), Médecin de la Clinique Neurologique, 2, avenue Pozzo di Borgo, St-Cloud (Seine).

Dr MOREAU, 261, rue St-Léonard, Liége (Belgique).

Dr MOUCHETTE, Médecin-Chef, Asile d'Agen (Lot-et-Garonne).

Mlle le Dr MOREL, Médecin-Chef, Asile de Fains (Meuse).

Dr ELYSIO DE MOURA, Professeur à la Faculté de Médecine, Coimbra (Portugal).

Dr NATHAN (M.), 51, rue Scheffer, Paris, XVIe.

Dr NOYER, Médecin-Chef, Asile du Bon-Sauveur, 22, rue de l'Hôtel-de-Ville, Albi (Tarn).

Dr NAYRAC (Paul), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).

Dr Ollivier, Médecin-Chef, Asile d'Aliénés, Lehon, près Dinan (Côtes-du-Nord).

Dr Olivier, Médecin-Directeur, Maison de santé départementale de Blois (Loir-et-Cher).

Dr Pactet, 17, rue Auguste-Comte, Paris, VIe.

Dr J.-H. Pameyer, Hôpital psychiatrique, Maasoord, Rotterdam (Hollande).

Dr Painblan, Chargé de cours à la Faculté, 26, rue Jacquemars-Giélée, Lille (Nord).

Dr Paul-Boncour (Georges), 164, faubourg Saint-Honoré, Paris, VIIIe.

Dr Pauly, Interne des Hôpitaux, 73, rue de l'Eglise, St-Seurin, Bordeaux.

Dr Pezet, Médecin-Directeur de l'Asile de Châlons-sur-Marne (Marne).

Dr Peron, Ancien Chef de clinique à la Faculté de Paris, 10, quai Galliéni, Suresnes (Seine).

Dr Perrussel, Médecin-Directeur de l'Asile de la Manouba Tunis.

Dr Porc'her (Yves), Médecin-Chef, Asile de Dury-les-Amiens (Somme).

Dr Porot (A.), Professeur à la Faculté de Médecine, 29, rue Mogador, Alger.

Dr Prince, Médecin-Chef, Asile d'Aliénés de Rouffach (Haut-Rhin).

Dr Privat de Fortunié, Médecin-Chef, Asile d'Aliénés de Mareville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr Raviart (Georges), Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin-Directeur de la Clinique départementale d'Esquermes, Lille (Nord).

Dr Reboul-Lachaux, Maison de Santé Ste-Marthe, Marseille.

Dr Repond, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Malevoz, Monthey (Valais-Suisse).

·Dr Robert (Jean), Médecin-Directeur, Asile d'Aliénés, Auch (Gers).

Dr Rodiet, Médecin-Chef, Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Dr Roger (Henri), Professeur à la Faculté de Médecine, 66, boulevard Notre-Dame, Marseille.

Dr Ross (Donald), Medical Superintendent, Argyll et Bute District Mental Hospital, Lochildhead (Ecosse).

Dr Riser, Professeur de Faculté, 1, rue du Pont-de-Tounis, Toulouse (Hte-Garonne).

Dr Rodriguez Arias (Belarmino), Professeur, 47, Rambla de Cataluna, Barcelona (Espagne).

Dr Rouquier, Agrégé du Val-de-Grâce, 22, rue Fischart, Strasbourg (Bas-Rhin).

Dr Roubinovitch, 3, rue de Médicis, Paris, VIe.

Dr Rubbens (T.), Médecin-Chef de l'Asile de Leede (Belgique).

Dr Salomon (M.-D.), Asile de Lesvellec (Morbihan).

Dr Santenoise, Médecin-Chef, Asile de St-Ylie, par Dôle (Jura).

Dr J. Sebek, Professeur à la Faculté de Médecine, 2 Vilimarsha, Prague XIIe (Tchéco Slovaquie).

Dr Semelaigne (René), 59, boulevard de Montmorency, Paris, XVIe.

Dr Senges (Noël), Médecin-Directeur, Asile de Noisselle (Seine-et-Oise).

Dr Schwartz, Professeur à la Faculté de Médecine, 42, rue Schweighauser, Strasbourg (Bas-Rhin).

Dr Sollier (Alice), Directrice de la Clinique Neurologique, 2, avenue Pozzo di Borgo, St-Cloud (Seine).

Dr Sollier (Paul), 14, rue Clément-Marot, Paris, VIIIe.

Dr Strygenski (Ladislas), Asile d'Aliénés de Kobierryn, Cracovie (Pologne).

Dr Surmont (H.), Professeur à la Faculté de Médecine, 10, rue du Dragon, Lille (Nord).

Dr Titeca (Raoul), Médecin-Directeur du Sanatorium « Sans-Souci », Jette, St-Pierre-lez-Bruxelles (Belgique).

Dr Titeca (Jean), Médecin-Adjoint du Centre psychiatrique de Bruxelles, 11, rue de la Luzerne, Schaerbeck (Belgique).

Dr Tournay (A.), 81, rue St-Lazare, Paris, IXe.

Dr Trénel (Marc), Médecin-Chef, Asile clinique Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris, XIVe.

Dr Truelle (V.), Médecin-Chef, Asile clinique Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris, XIVe.

Dr Trivas, Asile « La Providence », Niort (Deux-Sèvres).

Dr VANDENWEGHE, 37, rue Eeckout, Médecin-Chef à l'Asile de Bruges (Belgique).

Dr VAN HIRTUM, Médecin-Chef à l'Asile « Beau Vallon », St-Servais-lez-Namur (Belgique).

Dr VELTER (E.), 38, avenue du Président-Wilson, Paris, XIVe.

Dr VERMEYLEN, Agrégé de l'Université, Colonie de Gheel, 28, rue St-Bernard, Bruxelles (Belgique).

Dr VERNET (G.), Médecin-Directeur de l'Asile d'Aliénés de Beauregard, près Bourges (Cher).

Dr VERSTRAETEN (Paul), Médecin-Chef, Asile de Caritas, Melle, par Gand (Belgique).

Dr VERVAECK (Louis), Directeur des Laboratoires psychiatriques des prisons de Belgique, 35, rue Verhulst, Uccle-lez-Bruxelles (Belgique).

Dr VERVAECK (Paul), 35, rue Verhulst, Uccle-lez-Bruxelles (Belgique).

M. VETEL, Sous-Directeur à la Préfecture de Police, Paris.

Dr VIEL (B.), Médecin-Chef, Asile de Pont-l'Abbé « Bon-Sauveur », Picauville (Manche).

Dr VIEUX (Numa), Médecin de l'Etablissement hydrothérapique de Divonne-lès-Bains (Ain).

Dr VIGNAUD, Médecin-Directeur, Maison de Santé, 2, rue Falret, Vanves (Seine).

Dr VIATEAU, Attaché scientifique de la Maison Hoffmann-La-Roche, 21, Place des Vosges, Paris, IIIe.

Dr VOET, Médecin-Chef de l'Institut hydrothérapique, Péruwelz-Bonsecours (Belgique).

Dr VULLIEN, Médecin-Chef, Clinique départementale d'Esquermes, Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).

Dr WAHL, Médecin-Chef, Asile St-Pierre, Marseille (B.-du-R.).

Dr WAHL (Maurice), Asile St-Pierre, Marseille.

MEMBRES ASSOCIÉS

Mme Alexander.
Mme Anglade (R.).

Mme Baruck.
Mlle Baruck.
Mlle Bessière (A.).
Mr. Blart, Interne à la C. D., Esquermes, Lille.
Mme Boschi (G.).
Mlle Briche, agrégée de l'Université.
Mme Brissot.

Mme Calmels.
Mr. Cerf (Léon).
Mme Charpentier (René).
Mme Charuel.
Mlle Charuel.
Mme Collet.
Mme Combemale (F.).
Mme Combemale (P.).
Mme Courbon.

Mme Danjean.
Mme Delmas-Marsalet.
Mme Desruelles.
Mlle Dupain.
Mr. Dutertre (J.), 48, rue du Général-Foy, Paris.

Mme Fernandez.
Mlle Fernandez (Carmen).
Mlle Fernandez (Niebes).

Mme Hammerlinck.
Mme Hansen.
Mme Henner.

Mme Jourdran.

Mme de la Bretoigne du Mazel.
Mme Lagriffe.
Mme Le Grand (A.).
Mme Leceta.
Mme Lépine.

Mme Maupaté.
Mlle Maupaté (M.-T.).
Mlle Maupaté (S.).
Mr. Maupaté (A.).
Mme Meussen.
Mme Mézie.
Mme de Miranda.
Mme de Moura (E.).

Mme Nayrac.

Mme Painblan.
Mme Paul-Boncour.
Mme Péron (N.).
Mme Porc'her (Y.).
Mme Prince.
Mme Privat de Fortunié.
Mlle Privat de Fortunié (M.-F.).
Mr. Privat de Fortunié (Bernard).
Mr. Privat de Fortunié (Hubert).

Mlle Roux (Henriette).

Mme Verstraeten.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

BELGIQUE. — Asile d'aliénés de Mons.
— Colonie provinciale de Lierneux.

ESPAGNE. — Manicomio provincial de Palma de Majorque.

FRANCE (Ain). — Maison de Santé Ste-Madeleine à Bourg.
— (Allier). — Asile départemental d'Yseure.
— (Ariège). — Maison de Santé départementale de St-Lizier.
— (Aveyron). — Asile de Rodez.
— (Bas-Rhin). — Asile départemental de Strasbourg.
— — Maison de Santé de Hoerdt.
— — Asile de Stephansfeld.
— (Basses-Pyrénées). — Asile de Pau.
— (Charente-Infre). — Asile de Lafond, près La Rochelle.
— (Cher). — Asile de Beauregard, près Bourges.
— — Asile St-Georges, près Bourges.
— — Colonie familiale de Dun-sur-Auron.
— (Dordogne). — Asile de Vauclaire.
— (Eure-et-Loir). — Asile de Bonneval.
— (Finistère). — Asile de Quimper.
— (Gers). — Asile d'Auch.
— (Gironde). — Asile de Château-Picon.
— (Jura). — Asile de St-Ylie.
— (Loiret). — Institut psychothérapique de Fleury-les-Aubrais, par Orléans.
— (Loir-et-Cher).— Maison de santé départementale de Blois.
— (Lot-et-Garonne). — Quartier d'Aliéniés d'Agen.
— (Mayenne). — Maison de Santé de La Mayenne.
— (Meurthe-et-Moselle). — Maison de Santé de Mareville, près Nancy.

— (Morbihan). — Asile de Lesvellec, près Vannes.
— (Moselle). — Asile de Lorquin.
— (Nièvre). — Etablissement départemental Neuro-psychiâtrique de La Charité-sur-Loire.
— (Nord). — Maison de Santé de Bailleul.
— — Asile d'Aliénés d'Armentières.
— (Oise). — Asile de Clermont.
— (Pas-de-Calais). — Asile de Saint-Venant.
— (Rhône). — Asile de Bron.
— (Seine). — Asile de Maison-Blanche.
— — Asile de Moisselles.
— — Asile Ste-Anne.
— — Asile de Villejuif.
— (Somme). — Asile de Dury-les-Amiens.
— (Tarn). — Asile du Bon-Sauveur à Albi.

Grand Duché de Luxembourg. — Maison de Santé d'Ettelbruck.

RÈGLEMENT

DU

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

But, siège et composition du Congrès

Un Congrès de médecins aliénistes et neurologistes se réunit chaque année dans une ville de France ou d'un pays de langue française.

Le but de ce Congrès est l'étude et la discussion de questions concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale et l'assistance aux malades atteints de troubles nerveux ou mentaux.

Dans les séances de ce Congrès, l'emploi de la langue française est obligatoire.

La durée des travaux est, au minimum, de quatre jours qui, autant que possible, sont consécutifs. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, l'autre l'après-midi.

En outre, des visites sont faites aux asiles d'aliénés et aux établissements pouvant intéresser les psychiatres et les neurologistes. Les excursions peuvent être aussi organisées.

Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés.

Les membres adhérents doivent être médecins français ou étrangers. Ils paient une cotisation de 75 fr. pour chaque session. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les délégués des administrations publiques françaises jouissent des avantages réservés aux membres adhérents, mais ne paient pas de cotisation.

Les établissements destinés au traitement des troubles nerveux ou mentaux peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les membres associés se composent des personnes de la famille des membres adhérents présentées par ces derniers. Ils paient une cotisation de 50 fr. pour chaque session. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais peuvent bénéficier des avantages accordés pour les voyages ou excursions.

Chaque session comporte :

Un président, qui était le vice-président de la session précédente ;

Un vice-président, qui deviendra de droit président de la session suivante ;

Un Secrétaire général (et un Secrétaire général adjoint, si l'assemblée générale en décide ainsi).

Le président et le secrétaire général sont chargés de l'organisation de la session. Ils peuvent s'adjoindre un comité d'organisation local.

Les projets d'organisation d'une session doivent être soumis à l'approbation du Comité permanent du Congrès.

Le secrétaire permanent du Congrès et le secrétaire général de la session ont pleins pouvoirs pour toucher les subventions allouées au Congrès et pour donner quittance. (Décisions des Assemblées générales tenues au Puy le samedi 2 août 1913, et à Genève le mercredi 4 août 1926).

Comité permanent

Le fonctionnement des sessions successives du Congrès est assuré par un Comité permanent (Décision de l'Assemblée générale, session de Lille, 1906).

Ce Comité permanent se compose de neuf membres, savoir :

Le président de la session ;

Le vice-président de la session (lequel est appelé de droit à la présidence du Congrès l'année suivante) ;

Six membres élus par l'Assemblée générale, renouvelables par tiers tous les deux ans, et non immédiatement rééligibles;

Un secrétaire-trésorier permanent.

Le Comité permanent se réunit chaque fois qu'il est nécessaire, au moins deux fois par an.

Une réunion a lieu à Paris, au mois d'avril, dans laquelle le secrétaire permanent soumet au Comité permanent le projet du programme de la prochaine session, projet élaboré après entente avec le président et le secrétaire général de la prochaine session, assistés, s'il y a lieu, d'un Comité d'organisation local.

Ce projet, une fois approuvé par le Comité permanent, le président et le secrétaire général de la session procèdent à son organisation.

En cas de modifications à ce projet, le secrétaire général informe le secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une réunion du Comité permanent.

Une seconde réunion du Comité permanent a lieu au début des travaux du Congrès.

Dans cette réunion, le Comité permanent, sous la présidence du président de la session actuelle, est assisté par :

Le vice-président et le secrétaire général de la session ;

Les présidents et secrétaires généraux des sessions antérieures.

Le secrétaire permanent, ayant recueilli pendant l'année les propositions qui lui sont faites concernant les sujets des rapports, le siège des sessions ultérieures, etc., en donne communication dans cette réunion, dont les membres choisissent parmi les différentes propositions celles qui seront soumises aux votes de l'Assemblée générale du Congrès.

Assemblée générale

L'Assemblée générale du Congrès se réunit pendant les travaux de la session.

Elle se compose de tous les membres adhérents et est présidée par le président de la session, assisté du secrétaire général de la session et des membres du Comité permanent.

Le secrétaire général de la session précédente soumet à l'approbation de l'Assemblée le compte rendu financier de sa gestion.

Le président soumet aux votes de 'Assemblée générale les propositions concernant :

1° Le siège de la prochaine session ;

2° Le vice-président de la prochaine session, lequel deviendra de droit président deux ans plus tard ;

3° Le secrétaire général de la prochaine session ;

4° Les questions qui feront l'objet de rapports à la prochaine session et les noms des rapporteurs proposés.

Tous les deux ans (années paires), l'Assemblée générale est appelée à élire deux membres du Comité permanent, en remplacement des deux membres les plus anciennement élus au Comité permanent.

Il est dressé un procès-verbal signé par le président et le secrétaire général de la session.

Ces élections du vice-président de la prochaine session et celles des membres du Comité permanent se font au scrutin secret, à la majorité absolue.

Ouverture du Congrès. Séance solennelle d'ouverture. Constitution du Bureau

L'ouverture du Congrès a lieu le matin du premier jour de la session, par une séance solennelle d'inauguration, sous la présidence des autorités locales, préalablement invitées par le président de la session. Après les allocutions des personnalités officielles, le président du Congrès prononce un discours d'ouverture.

La première séance des travaux du Congrès se tient l'après-midi du premier jour.

La présidence et la vice-présidence des séances sont assurées par le président et le vice-président de la session actuelle.

Ces derniers, assistés du secrétaire général, constituent le bureau du Congrès. Ils désignent des présidents d'honneur choisis parmi les notabilités régionales, et, s'il y a lieu, des présidents de séance choisis parmi certains membres adhérents présents au Congrès. Les uns et les autres peuvent être en nombre indéterminé.

Le bureau ainsi constitué a la direction des travaux du Congrès.

Le président ou le vice-président peuvent se faire remplacer pendant les séances par les divers présidents d'honneur.

Le bureau fixe et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances qui peuvent être dédoublées ; il veille à l'application

du règlement et prend pendant la durée du Congrès telles décisions nécessitées par les circonstances.

Il est procédé aussi à la désignation de secrétaires des séances. Ceux-ci, sous la direction du secrétaire général et du secrétaire permanent, sont chargés de centraliser les documents nécessaires à la publication des comptes rendus des travaux de la session ; ils prennent note de la succession des orateurs, rédigent un résumé des communications ou discussions, recueillent et ordonnent les manuscrits, secondent le secrétaire général dans ses différentes fonctions pendant la durée du Congrès.

Rapports

Chaque année, le Congrès désigne trois questions devant faire l'objet de rapports à la session suivante :

1° Une question de psychiatrie ;

2° Une question de neurologie ;

3° Une question de médecine légale ou d'assistance neuro-psychiatrique, alternativement.

Pour chaque question, le Congrès désigne un rapporteur.

Exceptionnellement, il peut être désigné deux rapporteurs pour la même question.

La désignation des rapporteurs n'est définitive qu'après acceptation par eux du règlement.

Les manuscrits dactylographiés des rapports doivent être remis au secrétaire général, deux mois et demi au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les *rapports* consistent en un simple programme de discussion, avec conclusions, dont la longueur ne doit pas dépasser *vingt-huit* pages d'impression, condition absolue. Les figures ou planches sont à la charge des auteurs, sauf autorisation préalable du secrétaire général, d'accord avec le secrétaire permanent.

Chaque rapporteur fait un résumé oral de son rapport à la séance fixée par le programme du Congrès.

La durée de ce résumé oral ne doit pas dépasser vingt minutes.

Le résumé oral de chaque rapporteur est suivi d'une discussion.

Les membres du Congrès qui doivent prendre part à cette discussion doivent s'inscrire à l'avance au bureau du Congrès.

La parole leur est donnée d'après l'ordre des inscriptions.

La durée de la discussion, pour chaque auteur qui y prend part, ne doit pas excéder cinq minutes. Toutefois, il pourra être accordé dix minutes pour la discussion aux auteurs inscrits avant l'ouverture de la session.

Chaque membre du Congrès qui prend part à la *discussion* doit remettre au secrétaire général, avant la fin de la session, le texte résumé destiné à figurer dans le volume des comptes rendus. Ce texte ne doit pas dépasser *deux pages* d'impression.

Lorsque la discussion est terminée, le rapporteur, s'il le désire, répond successivement à chacun des orateurs.

Communications et discussions

Les membres adhérents du Congrès peuvent faire des *communications orales* sur des sujets concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale ou l'assistance neuropsychiatrique. Le nombre de ces communications est limité à trois pour chaque membre adhérent, la troisième ne pouvant être faite que lorsque la liste des autres communications sera épuisée.

La durée de l'exposé de chaque communication ne doit pas dépasser dix minutes. Il n'est accordé que cinq minutes pour les discussions.

Les titres des communications doivent être adressées au secrétaire général quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les communications sont faites dans l'ordre où leurs titres ont été adressés au secrétaire général. Toutefois, dans l'intérêt de la discussion, le secrétaire général peut grouper dans une même séance les communications relatives à des sujets similaires.

La liste des communications qui doivent être faites dans une séance peut être imprimée à l'avance et distribuée aux congressistes au début de cette séance. C'est seulement quand cette liste est épuisée, et si le temps le permet, que la parole peut être donnée à d'autres orateurs pour des communications non inscrites au programme de la séance.

Lorsque les communications doivent être accompagnées de présentations, de pièces, de coupes, d'appareils, etc., ou de projections, l'auteurs doit en informer à l'avance le secrétaire

général qui prend, s'il est possible, des dispositions en conséquence.

Des résumés des communications doivent être adressés au secrétaire général, au plus tard quinze jours avant l'ouverture du Congrès. S'il est possible, ces résumés sont imprimés sur feuillets détachés et distribués aux membres du Congrès dans la séance où ont lieu les communications. Ces résumés ne doivent pas dépasser une page d'impression, titre compris (format du volume des comptes rendus du Congrès), tirage établi d'après le nombre des membres adhérents.

Les résumés des communications qui n'ont pas été adressés à l'avance au secrétaire général (15 jours au moins avant l'ouverture du Congrès), doivent lui être remis avant la fin de la séance où ont lieu ces communications.

Le texte *in extenso* des communications doit être adressé par les auteurs au secrétaire général avant la fin de la session. Passé ce délai, les auteurs s'exposent à ce qu'il ne soit publié dans le volume des comptes rendus qu'un résumé de leurs communications.

Les *communications in extenso* ne doivent pas dépasser *quatre* pages d'impression. Il n'est accordé qu'une page pour les discussions.

Les figures ou planches sont aux frais des auteurs.

Les communications dont ni un résumé, ni un texte *in extenso* n'auront été remis par l'auteur au secrétaire général à la date prescrite ne seront pas publiées dans le volume des comptes rendus. Toutefois, dans ce cas, le secrétaire général peut, s'il le juge utile, publier dans le volume des comptes rendus un résumé recueilli par lui-même ou par les secrétaires des séances.

Les dispositions précédentes sont également applicables aux discussions soulevées par les rapports ou les communications diverses.

Dans la publication des travaux du Congrès, le secrétaire général peut être appelé à demander aux auteurs certaines modifications ou suppressions dans le texte de leurs communications ou discussions. *Seules, les communications faites oralement par leurs auteurs peuvent figurer dans le volume des comptes rendus de la session.*

En cas de difficulté, le secrétaire général avise le secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une décision du Comité permanent.

Lorsque le nombre de pages accordé par le règlement pour les rapports, communications ou discussions sera dépassé, les frais d'impression supplémentaires seront à la charge des auteurs, étant entendu qu'en aucun cas (et même aux frais de l'auteur) le secrétaire général ne devra accepter des textes ayant le double du nombre de pages accordé par le présent règlement. (Décision de l'Assemblée Générale tenue à Blois le 27 juillet 1927) (1).

---

(1) A la suite des décisions prises par l'Assemblée générale tenue à Lille le 23 juillet 1930, les nouveaux statuts et le nouveau règlement du Congrès seront soumis au Conseil d'Etat et publiés dès leur approbation dans un des volumes du Congrès.

SÉANCES DU CONGRÈS

PRÉSIDENTS DES SÉANCES

Les séances de travail du Congrès ont été tenues au grand amphithéâtre de l'Institut de Physique de Lille, 50, rue Gauthier-de-Châtillon.

Elles ont été présidées par MM. le Professeur *J. Abadie*, président, et *Pactet*, vice-président du Congrès, et par MM. les Docteurs *Borowiecki*, doyen de la Faculté de Médecine de Posnam (Pologne), *de Craene*, agrégé de l'Université de Bruxelles, *Donald Ross*, délégué de la Royale Médico-Psychological Association of great Britain and Irland, *Donaggio*, doyen de la Faculté de Médecine de Modène (Italie), *Henner*, privat-docent en neurologie à l'Université de Prague, *Aug. Ley*, professeur à l'Université de Bruxelles (Belgique), *de Moura*, professeur à l'Université de Coimbra (Portugal), *Verwaeck*, directeur des laboratoires psychiatriques des prisons de Belgique.

Dans la salle des pas-perdus précédant l'amphithéâtre des séances s'est tenue une exposition de spécialités pharmaceutiques : elle a eu un grand succès auprès de tous les congressistes.

Y ont exposé : Hoffmann-La Roche, S. P. C. I. A., Chantereau (Sympathyl), Byla, Ciba, Fermé (Muthanol), Challand (jus de raisin), Lavoue (I. A. M.), Couturieux (Panglandine), Progil (Diases), Cantin (Somnothyril), Mouneyrat.

SÉANCE D'OUVERTURE

SÉANCE D'OUVERTURE

La séance inaugurale de la XXXIV[e] Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française a eu lieu, le lundi 21 juillet, à 10 heures, dans la grande salle des fêtes de l'Université, rue Auguste-Angellier. Elle fut présidée par M. Albert CHATELET, recteur de l'Université, entouré du professeur ABADIE, président du Congrès, du docteur PACTET, vice-président, de M. GIMAT, représentant le préfet du Nord empêché, du docteur ARQUEMBOURG, adjoint au Maire de Lille, des délégués étrangers et des délégués des ministères et sociétés scientifiques françaises.

M. le Recteur parla en ces termes :

MESDAMES, MESSIEURS,

Mes premières paroles seront de gratitude et de bienvenue. De gratitude d'abord : en tant que Lillois, en tant que Français du Nord, nous sommes fiers de voir réunis dans notre ville tant de savants de nationalités les plus diverses. L'Université est heureuse d'avoir pu vous offrir ses salles et ses installations, elle s'excuse de ne pas les avoir plus belles et plus vastes, plus dignes de votre science et des travaux que vous allez commencer. J'aurais été personnellement confus de l'honneur que vous m'avez fait en me demandant de présider cette séance d'ouverture, mais j'en ai reporté naturellement tout le mérite à mes collègues dont je ne suis que le très modeste représentant et dont vous avez voulu ainsi honorer l'érudition, le travail, la science et la valeur.

Mes paroles seront ensuite de bienvenue et vous voudrez bien n'y pas voir un vain mot de politesse rituelle. La bienvenue dans notre pays et dans notre maison, c'est l'espoir que vous y passerez de bonnes et fructueuses journées. C'est le

désir que vous en emporterez un exact et bon souvenir. Vous qui êtes venus des autres régions de France et d'étranger, songez que vous êtes ici dans un pays, dans une maison que la guerre a particulièrement meurtris. Pendant 4 ans, cette ville a vécu sous une domination étrangère, sous une dure oppression, avec un ravitaillement insuffisant, avec l'angoisse plus terrible d'être séparée du reste de la France par un rideau de feu. Dans cette maison d'instruction, l'enseignement avait continué, malgré les réquisitions et les dangers, mais la vie se retirait peu à peu, et, en octobre 1918, lorsque les occupants partaient, emportant, en une dernière razzia, mobilier et matériel, l'Université essoufflée, presque morte, réduite à quelques centaines d'élèves ne pouvait même plus rouvrir ses portes. Malgré les lenteurs de la reconstitution, avec les crédits distribués à la vitesse d'un compte-gouttes, l'Université de Lille s'est remise au travail. Quelques-unes des brochures qu'on a pu vous distribuer vous montreront l'effort accompli, et il me suffira de quelques chiffres pour les caractériser. En 1914, 1.400 étudiants ; en 1919, moins de 300 ; en 1930, près de 3.000. En 1914, des bâtiments riches de matériel et de collections ; en 1919, l'Institut électrotechnique brûlé, l'Institut de mathématiques et la Faculté de Médecine pillés, la Bibliothèque universitaire isolée pendant 4 ans, sans revues, sans livres nouveaux ; dans les Musées d'histoire naturelle, les vitres et les cloisons démolis par une explosion, les collections gisant dans la poussière et les platras. En 1930, je vous demande, Messieurs, de voir ce qui a été fait : bibliothèque, laboratoires, hôpitaux vous seront ouverts. Je préfère ne rien affirmer sur notre réalisation, sauf notre volonté de faire encore mieux, beaucoup mieux dans l'avenir.

Si vous quittez Lille avec la conviction que notre restauration actuelle n'est qu'une étape, je pense, Messieurs, que le souvenir que vous aurez de nous sera vrai, mais je voudrais aussi qu'il soit bon. Le programme de votre séjour prévoit de nombreuses visites dans la région ; j'espère que le ciel vous sera clément et nous épargnera les lourds nuages dont il nous gratifie avec prodigalité. Mais, en vérité, ce n'est ni notre ciel, ni nos horizons qui plaideront pour notre terre du Nord, ce sont ses habitants dont vous comprendrez vite, je n'en doute pas, la volonté de travail et la force d'action.

Aux paroles de bienvenue et de gratitude, il conviendrait, sans doute, d'ajouter des souhaits de succès pour votre

Congrès. Ce serait peut-être vous faire injure. J'ai ouvert avec respect les comptes rendus de vos Congrès précédents, et j'ai admiré, le nombre, la variété et la valeur de vos communications. Cette année encore, si je me borne aux rapports annoncés, j'ai vu qu'ils touchent les branches les plus diverses de votre art et de votre profession, les relations de la physiologie et de la psychologie, l'étude toujours si délicate de la mécanique du système nerveux, et même l'introduction des diagnostics scientifiques dans certains conflits douloureux du travail.

En demandant à un profane de présider votre séance d'ouverture, vous avez sans doute pensé qu'il serait plus qualifié pour apprécier votre art avec l'impartialité qui résulte de l'ignorance, avec la franchise du touriste qui, parcourant les musées, juge sans appel les œuvres d'art, les plus magnifiques, avec la hardiesse du villageois qui gourmande son curé.

Votre science vous conduit à étudier le mécanisme de l'imagination et de la pensée normale ou anormale. Or, pensée et imagination sont la base de toute notre vie, la pensée est la mécanique simpliste qui, des choses vivantes, du monde extérieur, fait des schémas qu'on baptise de noms plus ou moins appropriés, qu'on range en des classes ou des catégories et qui ne ressemblent pas plus aux êtres vivants que les dessins d'un enfant maladroit. L'imagination, c'est ce qui fait revivre ces schémas, qui donne aux mots, aux phrases, aux peintures, aux vers une extraordinaire puissance d'évocation. La pensée logique et froide dessèche, embaume et range dans le musée des connaissances humaines les momies que les savants ont entourées de bandelettes. L'imagination les rafraîchit, les ressuscite et au besoin crée, comme la goutte d'eau qui fait refleurir la rose du Liban. Ainsi, vous touchez à ce qui est à la fois la force et la faiblesse du génie humain. Ne le disséquez pas trop, laissez-nous un peu d'imprévu, un peu de mystère dans la compréhension de nous-mêmes. L'homme d'aujourd'hui, comme l'homme d'il y a deux siècles, a besoin d'inconnu pour vivre et se diriger, obscur dans l'obscurité.

Votre science vous conduit encore à étudier les réactions nerveuses des individus et leurs conséquences sociales. J'ai vu avec quel soin vous étudiez les mécanismes des nerfs, leurs réflexes inattendus et leurs maladies. Les nations ont parfois aussi des nerfs aux réactions inattendues, mais plus terribles sans doute que les réactions des systèmes nerveux individuels.

Avant d'ouvrir cette première séance d'un travail scientifique et humanitaire, il vous plaira sans doute que je formule un vœu, un vœu qui devrait apparaître singulièrement naturel si l'on se souvient des leçons d'un passé récent. Je souhaite que les nations, comme les individus, fassent un peu plus gouverner leurs nerfs par leur raison et qu'elles épargnent à nos enfants et à nos petits-enfants le retour de cette stupidité et de cette folie qu'est la guerre.

M. Gimat, Conseiller de Préfecture, représentant M. le Préfet du Département du Nord :

Mesdames, Messieurs,

M. le Préfet du Nord m'a chargé de vous apporter ses sympathies et de vous faire part de ses regrets de ne pouvoir assister à votre Congrès. Il m'a prié de vous dire qu'il suivait vos réunions avec le plus grand intérêt, et il souhaite que vos travaux soient des plus féconds en enseignements pour l'avenir.

M. Titeca, délégué du Gouvernement belge :

Monsieur le Recteur,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

L'Inspecteur général des maisons de malades mentaux étant retenu en Belgique, je me vois forcé de prendre la parole pour le remplacer ; vous voudrez bien m'en excuser.

Au nom de la Belgique et de la Société de médecine mentale et également au nom de la Société neurologique de Belgique, j'adresse à mes confrères français le salut de tous mes compatriotes.

Nous sommes venus nombreux à ce Congrès ; nous avons ainsi l'intention de recueillir l'enseignement de la science française et ceux qui sont restés chez nous participent de loin à nos travaux ; ils ont lu tous nos rapports et seront heureux, plus tard, de voir que les discussions que nous allons pouvoir échanger ici seront fécondes en leçons pour tous.

Monsieur le Recteur, la médecine mentale joue dans les Sociétés modernes un rôle extrêmement important : il ne s'agit pas seulement de soigner des malades, à l'heure actuelle, la médecine mentale voit beaucoup plus loin ; grâce à cette Ligue d'Hygiène mentale qui, en ce moment, fait des progrès dans tous les pays d'Europe après avoir conquis à peu près tous les Etats-Unis, grâce donc à cette Société d'Hygiène mentale, nous voyons des médecins psychiatres s'occuper, non seulement du malade au moment où il doit être soigné, mais aussi du comportement de l'homme dans la vie sociale, dans la vie courante et dans la vie privée de tous les jours.

Messieurs, cette question de l'homme qui doit être développé vers une vie psychique plus pure, cette question de l'homme qui doit être dirigé en vue d'une vie heureuse, cette question devra être dans l'avenir, la source de conceptions et d'activités incommensurables. Il est certain que si l'homme se connaissait mieux, il ferait les efforts nécessaires en vue de l'amélioration de la race. Permettez-moi de le dire : s'il était poussé vers une activité plus grande, plus belle, nous pourrions être certains dans l'avenir que l'homme serait meilleur, que les conflits sociaux s'apaiseraient plus facilement et que, peut-être aussi, la médecine mentale trouverait un rôle plus considérable dans la vie meilleure, en vue de la paix future, de la paix qui doit régir le monde.

Messieurs, je me permets, en ma qualité de Belge, de vous dire qu'en ce jour où nous fêtons en Belgique notre fête nationale, en cette année de 1930, qui est pour nous l'année du centenaire de notre indépendance, nous ne saurions oublier — surtout quand nous sommes sur le sol de la France — que notre indépendance en 1830 a été fortement appuyée par le peuple français ; nous lui en sommes éternellement reconnaissants.

Maintenant, Messieurs, avant de m'asseoir, je me permets encore de vous faire un petit appel en quelques mots. Je voudrais vous dire que ce 34e Congrès qui vous réunit à Lille, se continuera un peu à Liége à partir du 28 et que nous espérons, nous Belges, que vous nous ferez le grand honneur et le plaisir de venir participer à nos travaux, et que vous viendrez à Liége apporter votre science et votre collaboration à notre Congrès.

M. DONALD ROSS, de l'Association royale médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS,

J'ai l'honneur et le plus vif plaisir de représenter à vos séances mes collègues de la Grande-Bretagne.

Les sociétaires de la « Royal Medico-Psychological Association » — notre société médico-psychologique, — m'ont chargé du devoir très agréable de vous apporter leur salut fraternel, leurs vœux les plus sincères et leurs meilleurs souhaits pour le succès du Congrès.

Surtout, mes confrères de l'Ecosse désirent que je vous exprime leurs plus chaleureux sentiments d'amitié, car nous, Ecossais, nous n'oublions jamais l'ancienne alliance entre nos deux peuples, alliance dont nous sommes fiers et qui, nous espérons, durera pour toujours, dans l'avenir comme aux siècles passés, à la paix comme à la guerre.

Quant à moi-même, permettez que j'ajoute que j'ai accueilli cette mission avec la plus vive satisfacion, car je me trouve toujours ému, toujours inspiré, toujours au plus heureux parmi mes honorés confrères français, belges et suisses : amis que je ne saurais jamais remercier de manière suffisante pour les accueils si cordiaux qu'ils m'ont toujours accordés.

Cette année-ci, en particulier, j'éprouve une profonde émotion à visiter les endroits, non loin d'ici, parmi les ruines desquels j'ai demeuré jadis en façon de taupe — c'est-à-dire Bailleul, Armentières, Loos, Liévin, Souchez et ailleurs : je les visite de nouveau en pèlerinage à la mémoire de parents et maints braves camarades qui y restent, endormis au sein de la France.

M. Emilio MIRA, délégué de la Société espagnole de neuro-psychiatrie :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS,

Permettez-moi de vous apporter, au nom de la Société espagnole de neuro-psychiatrie les vœux les plus sincères et enthousiastes pour le succès de cette réunion, que nous commençons déjà à considérer comme quelque chose de nôtre.

Vous êtes venus l'année dernière chez nous et vous avez vu avec quelle bonne volonté les neuro-psychiatres espagnols ont fait de leur mieux pour vous donner l'impression que vous étiez comme chez vous. J'espère que votre séjour à Barcelone n'aura pas été trop désagréable pour que vous ne puissiez — dans le temps à venir — rendre une autre visite à l'Espagne et tenir votre réunion soit à Madrid, soit à Bilbao ou Séville. Je désire faire constater que notre Association est toujours prête à vous recevoir — les bras ouverts — le jour que vous le croirez convenant.

J'espère que dans cette atmosphère lilloise, un peu plus inquiète dans son apparence météorologique, mais beaucoup plus calme dans son aspect psychologique que la nôtre, vous saurez discuter et approfondir les passionnants problèmes de notre science avec toute la vigueur et toute la clarté qui sont propres à votre esprit auquel — une fois de plus — je me plais à rendre un hommage d'admiration et de sympathie.

M. le Prof. Lépine, Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, délégué du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts :

Monsieur le Recteur,
Mesdames, Messieurs,

M. le Ministre de l'Instruction publique et M. le Directeur de l'Enseignement supérieur ont tenu, une fois de plus, à manifester la sympathie qu'ils portent, non seulement aux travaux de votre Congrès mais, permettez-moi de le dire, d'une façon plus générale, à l'esprit même qui préside à l'organisation de ces réunions où aliénistes et neurologistes, médecins d'asile ou d'hôpital, juristes, administrateurs, universitaires même, ont pris l'habitude de s'assembler, d'échanger des idées et de travailler d'un plein accord et au progrès de la médecine mentale, et à la découverte de moyens nouveaux.

L'expression de ces sentiments se trouve bien à sa place dans cette ville qui est à la fois un grand centre médical, un remarquable foyer de pensée et le lieu de floraison d'une quantité d'œuvres d'hygiène sociale et de bienfaisance publique et privée.

En ce qui nous concerne, nous ne saurions oublier que l'un des nôtres, notre ancien président Raviart, a eu le mérite et la bonne fortune de réaliser ici la première démonstration de ce que doit être l'organisation thérapeutique moderne de la psychiatrie, et qu'il l'a fait sous la forme universitaire. D'autres exemples, et non des moindres dans ce Congrès, témoignent des avantages de l'interpénétration des cadres de l'enseignement supérieur et de ceux des asiles.

Le Président de ce Congrès me permettra, en le saluant au nom de son Ministre, d'évoquer le souvenir du grand médecin que fut Pitres, dont il a recueilli si brillamment une partie de l'héritage spirituel, et de penser aussi à ce précurseur que fut Régis, qui sut, avec des ressources hospitalières indignes de lui, marquer la route dans laquelle nous nous engageons aujourd'hui.

M. l'Inspecteur général Dr DEQUIDT, délégué du Ministre de la Santé publique :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS,

La tradition a toujours voulu que l'Administration chargée des asiles d'aliénés et de l'assistance psychiatrique : le Ministère, — quel que soit son nom, qu'il s'appelle Ministère de l'Intérieur, du Travail et de l'Hygiène ou, maintenant, Ministère de la Santé publique, — la tradition, dis-je, a toujours voulu que l'Administration fût représentée à vos Congrès.

Cette tradition ne s'inspire pas seulement du désir de rendre un hommage justifié aux médecins aliénistes et neurologistes, à leurs facultés d'organisation, à leur science, à leur talent, — beaucoup d'entre eux sont les collaborateurs immédiats du Ministère — mais aussi du désir de dégager des discussions qui ont lieu dans ce Congrès des enseignements qu'il appartient ensuite à l'Administration de traduire en réalités.

Si la création d'un Ministère autonome de la Santé publique a une signification, ce doit certainement être celle d'une amélioration de vos services. Si vous voulez, il n'aurait pas de sens, ce Ministère, s'il n'avait pas pour conséquence l'amélioration technique de l'art de guérir, la multiplication des

moyens de prévention et de prophylaxie, un perfectionnement plus grand dans la technique même de vos services médicaux et une recherche plus rigoureuse du rendement ; ce sont là autant de raisons évidemment qui rendraient, s'il en était besoin, plus impérieuse encore la nécessité pour l'Administration du Ministère de la Santé publique, d'être présente à vos travaux.

Le choix que vous avez fait de cette capitale des Flandres comme siège de votre Congrès est très heureux. M. le Recteur disait tout à l'heure toutes les raisons que nous avions, d'avoir une prédilection spéciale pour ce beau département qui possède trois grands établissements, dont l'un d'entre eux est dû à l'initiative privée, qui méritent d'être cités en modèles ; c'est, évidemment, un choix très judicieux, et, lorsque le Ministre de la Santé publique, M. Désiré Ferry, m'a délégué au milieu de vous, il a tenu à vous assurer non pas seulement de l'estime dans laquelle il tient les médecins aliénistes, mais il vous donnait l'assurance aussi, qu'il suivrait avec beaucoup d'intérêt vos travaux pour en tirer des enseignements féconds.

Vos travaux, il ne m'appartient pas d'en faire l'analyse ; tout à l'heure, M. le Recteur, bien qu'il ne fût, dit-il, qu'un profane, a dégagé cette question très heureusement, mais vous me permettrez tout de même de relever qu'en mettant à l'ordre du jour de votre Congrès la question des rapports de la loi sur les Assurances sociales avec les services d'aliénés et avec le traitement des maladies mentales, — laissez-moi en parler particulièrement, — vous avez voulu non seulement indiquer votre désir de collaborer à une loi nouvelle, mais aussi, vous avez montré votre souci d'adapter en quelque sorte vos services à une grande loi de solidarité sociale, et de cela, je puis bien, au nom de l'Administration, vous en féliciter.

Je dois aussi, au nom de l'Administration et aussi des Sociétés françaises de psychiatrie, rendre un hommage aux délégués des Pays étrangers de langue française qui sont venus participer à ce Congrès, plus particulièrement à notre voisin de Belgique, puisque notre Congrès va se terminer sur son territoire et que tant de raisons nous engagent à avoir une sympathie et une admiration spéciales pour lui ; tous les membres étrangers de ce Congrès viennent apporter ici le prestige de leurs fonctions dans leurs pays respectifs, l'autorité de leur nom et de leur compétence : nous devons leur en être reconnaissants.

Messieurs, permettez-moi aussi d'ajouter des félicitations et des vœux personnels aux félicitations et aux vœux officiels que j'apporte ici, et de vous dire combien je suis heureux d'être au milieu de vous, que j'ai appris à connaître, soit à l'occasion de mes fonctions au Ministère, soit, et surtout, au cours de Congrès antérieurs, je tiens à répéter combien je suis heureux de me trouver au milieu de vous et de tant d'amis si divers.

M. le professeur-doyen Donaggio, délégué de l'Italie :

En ma qualité de délégué de la Société italienne de neurologie et de psychiatrie, je présente mes hommages et mes félicitations aux neurologistes français.

J'ai eu l'honneur de participer à de nombreuses sessions de cet important Congrès des médecins et neurologistes. La 34e session a lieu cette année dans cette magnifique ville de Lille ; cette ville rassemble des éléments spirituels très importants ; cette ville est un centre illustre scientifique, mais cette ville est aussi un centre plus remarquable de travail humain et industriel. Pas de contraste entre ces deux éléments.

Nous aussi, nous sommes de rudes travailleurs et le système nerveux est bien une mine où nous cherchons à découvrir à coups de pioche, les secrets qu'il renferme. Aussi, dans cette atmosphère et dans cette région où sont très évidents les souvenirs de sacrifices et de l'héroïsme, c'est-à-dire des forces spirituelles humaines les plus pures et les plus élevées, je dis, Monsieur le Président et Monsieur le Recteur : Vive Lille, Vive la France !

M. le Dr Hansen, délégué du Grand Duché du Luxembourg :

Monsieur le Recteur,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Donner et recevoir est le but de toute assemblée scientifique. Aussi est-ce avec un intérêt toujours croissant que je réponds à la délégation de mon pays d'assister à la 34e session du Congrès de médecins aliénistes et neurologistes, intérêt qui se double du grand plaisir que j'éprouve de me trouver sur le

sol aimé de la France, si cher aux Luxembourgeois. C'est au nom d'eux tous que je salue la réunion de l'élite de mes confrères qui veulent bien mettre au profit de l'enseignement de tous les membres du Congrès l'essence de leur labeur intellectuel ainsi que de leurs longues et souvent bien pénibles recherches et expériences. Je m'incline devant leur noble désintéressement. Je m'incline aussi devant tous ceux qui, par une ardente bonne volonté, contribuent au soulagement de la malheureuse fraction d'humanité souffrante que tous ici réunis nous nous sommes engagés d'honneur à servir et à soulager. Je me fais l'interprète de mon pays pour présenter en son nom à la grande et noble nation française ses hommages les plus respectueux.

M. le Professeur-Doyen Stéphan Borowiecki, délégué polonais :

Monsieur le Recteur,
Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur de présenter des vœux au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française au nom de l'Université de Kovno, de la Société polonaise de neurologie.

Que les sessions de ce Congrès jouissent d'un grand prestige en Pologne, il n'y a, à cela, rien d'étonnant. Chaque année, la Pologne cherche à y envoyer des délégués pour qu'ils prennent part à vos travaux ; on ne peut que regretter qu'ils ne soient pas plus nombreux.

Les Universités polonaises, ainsi que les Sociétés savantes, tiennent beaucoup à resserrer les liens qui unissent depuis longtemps nos deux pays et à rendre plus étroite et plus vivante la collaboration scientifique de nos deux nations amies. Je suis bien persuadé que la collaboration scientifique peut faire davantage pour l'union des deux peuples que les discours et les actes.

J'en ai fini en présentant mon salut et mes hommages respectueux aux représentants des nombreuses Sociétés savantes qui sont ici, au nom des neurologistes et des psychiatres polonais.

M. le professeur Elysio DE MOURA, de l'Université de Coïmbra :

MONSIEUR LE RECTEUR,
MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS,

C'est pour moi un très agréable devoir et un grand honneur que de vous adresser le salut déférent et cordial de l'Université de Coïmbra, qui a bien voulu de nouveau me charger de la représenter auprès du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, qui, cette année, tient ses assises dans cette laborieuse et glorieuse capitale des Flandres et qui ouvre aujourd'hui sa XXXIVe session sous de si favorables auspices dans cette notable Université, où l'immortel Pasteur et tant de maîtres illustres ont enseigné.

Le Portugal est un pays de culture essentiellement française ; il est lié à la France par une communauté de sentiments et de pensée et par de fortes affinités de race. Les intellectuels portugais ressentent la plus profonde admiration et la plus chaleureuse reconnaissance pour le génie créateur français. On peut dire que les médecins portugais vous doivent leur formation scientifique ; aussi, ils aiment ce grand pays, grand dans le sens le plus élevé de ce mot, comme leur mère spirituelle. Ce sont les maîtres français qui ont donné presque entièrement le modèle de notre enseignement médical. La multi-séculaire Faculté de Médecine de Coïmbra suit avec le plus vif intérêt, avec l'attention la plus vigilante, et avec la plus affectueuse sympathie, les progrès de la Médecine française, son très précieux apport dans l'œuvre scientifique universelle.

Je ne saurais jamais vous exprimer combien je me réjouis de renouveler à la séance inaugurale de ce Congrès le témoignage public et ému de mon fidèle attachement à la science française, vis-à-vis de laquelle ma dette de gratitude est sans cesse grandissante. Je suis vraiment heureux et fier de me retrouver au milieu d'une si docte et respectable assemblée, sur cette terre aimée de France.

Je souhaite de tout cœur qu'une réussite pleine, assurée par avance d'ailleurs, couronne les généreux efforts du Comité organisateur de ce Congrès de Médecins aliénistes et neurologistes, symbole de l'unité du vaste domaine de la neuropsychiatrie.

M. de Fischer, délégué suisse :

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Au nom de la Société suisse de Neurologie, je vous apporte nos meilleurs vœux pour la réussite de ce Congrès.

Depuis quelques années, j'ai le grand plaisir de pouvoir suivre régulièrement cette manifestation. C'est, d'une part, la langue française, si claire et si précise, la science française avec ses données immenses et ses efforts incessants qui nous attirent et, d'autre part, c'est l'amabilité de ses représentants qui nous charme. Il n'y a peut-être pas deux pays comme la Suisse, qui possède différentes cultures, plusieurs langues et des méthodes aussi diverses ; c'est pour cette raison que nous avons accueilli avec enthousiasme l'idée d'un Congrès international, et je suis chargé par le Comité local de vous apporter tous ses meilleurs vœux pour la réussite de votre Congrès et de vous apporter aussi notre espoir de vous voir en grand nombre aller en Suisse à ce Congrès international, afin que la Science française soit dignement représentée et que son influence puisse, si c'est possible, augmenter dans les pays qui ne sont pas de langue française.

M. Kamil Henner, délégué tchèque :

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Au nom de la Société Purkyné, Société de Neurologie de Prague, et au nom de son président le professeur Syllaba, j'ai l'honneur de saluer le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française.

Le Corps médical tchèque est un admirateur sincère de la culture et de la science française ; la neurologie française guide notre enseignement depuis des dizaines d'années.

Je formule mes meilleurs vœux pour le succès le plus grand de ce Congrès, et j'exprime en même temps la reconnaissance émue de la neurologie tchèque à la neurologie et à la psychiatrie françaises.

M. PÉRUSSEL, délégué de la Régence tunisienne :

MONSIEUR LE RECTEUR,
MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS,

Au nom de M. le Ministre, Résident de France à Tunis, j'apporte à la 34e session de ce Congrès les meilleurs vœux de la Régence et, si vous voyez que chaque année la Régence de Tunis fait déléguer à votre Assemblée un représentant, c'est pour vous prouver que là-bas, on essaie de suivre le mouvement psychiatre français avec les faibles moyens dont on peut disposer.

C'est grâce aux enseignements que les représentants de Tunisie ont pu recueillir à vos différentes sessions qu'un asile moderne ouvrira enfin ses portes en Tunisie cette année et que les Tunisiens espèrent bien qu'en une année prochaine, vous puissiez venir voir ce qui a été fait sur la terre d'Afrique.

Si l'année prochaine la Tunisie ne peut pas vous recevoir, — c'est un petit pays et à cause des fêtes du cinquantenaire elle ne pourrait pas vous hospitaliser dans les conditions qu'il faudrait, — elle espère que dans quelques années vous pourrez venir voir sur place ce qui a été fait.

⁂

M. le Recteur CHATELET, donne ensuite la parole à M. le Professeur ABADIE, président du Congrès.

Mon premier mot sera un remerciement de tout cœur adressé à vous, mes chers collègues, pour le très grand honneur que vous m'avez fait, en m'appelant à la présidence de la trente-quatrième session de votre Congrès. Ce titre restera l'un des plus hauts de ma carrière professionnelle.

Je veux adresser, avec vous tous, un souvenir ému à la mémoire de celui qui, l'an dernier, à Barcelone, présida notre Congrès, avec tant de saine activité, à la mémoire du docteur Lalanne, médecin-chef de l'asile de Maréville, chargé du cours de clinique des maladies mentales à la Faculté de Nancy, président de l'Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés de France, ce bon ami Lalanne, dont

la manière souriante était si attirante, et dont la disparition brutale nous a plongés dans la peine et dans le deuil.

Ce devoir accompli, j'ai maintenant l'agréable mission d'exprimer la grande gratitude des membres du Congrès à tous ceux qui ont préparé et facilité l'accueil aimable qui nous est fait.

Monsieur le Recteur, je vous remercie, au nom de tous, de l'honneur insigne que vous nous faites aujourd'hui, en présidant, avec votre haute autorité, cette séance solennelle d'inauguration. Nous vous remercions de nous avoir ouvert cette splendide Salle des Fêtes de l'Université, et autorisé l'usage, pour nos séances de travail, du grand amphithéâtre de l'Institut de Physique.

Monsieur le Conseiller, je vous remercie d'avoir bien voulu honorer de votre présence notre première réunion. Au nom du Congrès, je vous prie de transmettre nos remerciements à M. le Préfet et aux membres du Conseil général du département du Nord, qui ont très généreusement accordé une subvention à notre Comité d'organisation.

Merci à vous aussi, Monsieur le Maire, et à vos collègues du Conseil Municipal, de nous accueillir si cordialement dans votre belle cité, et de nous avoir aidé matériellement à la réalisation de notre Congrès.

Merci à nos collègues de l'étranger d'avoir, en si grand nombre, répondu à notre appel.

Merci enfin à vous tous qui, par votre présence à cette solennité, ajoutez à son éclat et nous donnez ainsi un si précieux témoignage de sympathie.

Le Règlement de notre Congrès dit, en termes formels : après les allocutions des personnalités officielles, le Président du Congrès prononce un discours d'ouverture. Chargé par vous de faire respecter ce Règlement, je m'applique sa première rigueur. Je vais donc, non pas vous faire un discours, mais tout simplement, à propos d'un centenaire, vous parler de l'*hypochondrie* et de la *constitution hypochondriaque*.

***

Il y a cent ans, en 1830, la Société royale de médecine de Bordeaux mettait au concours la question des rapports de l'hypochondrie et de l'hystérie. Quatre mémoires furent présentés à l'examen des juges bordelais. Le lauréat fut le doc-

teur Frédéric Dubois (d'Amiens), agrégé près la Faculté de Médecine de Paris, dont le travail ainsi couronné ne devait être publié que trois ans plus tard. Le livre de Dubois (d'Amiens), intitulé *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie,* marque une date dans l'histoire de l'hypochondrie. Un concurrent malheureux, Brachet (de Lyon), reprocha aigrement au jury sa décision, au vainqueur ses opinions, et il défendit ses idées dans un ouvrage, paru en 1832, sous le titre de *Recherches sur la nature et le siège de l'hystérie et de l'hypochondrie.*

En choisissant l'hypochondrie comme sujet de concours, la Société de Médecine de Bordeaux avait-elle suivi les esprits de cette époque ? Alors sévissait, en effet, dans les milieux intellectuels, littéraires et artistiques, une sorte d'épidémie morale, faite d'inquiétude vague et d'alanguissement triste, que l'on a pu désigner du nom de mal romantique. Non, son choix fut certainement guidé par d'autres raisons, plus scientifiques, et surtout par l'intérêt suscité à cette époque, dans les milieux médicaux, par l'apparition de travaux nombreux et importants sur les maladies de l'esprit. La pathologie mentale s'affirmait comme une étude passionnante, le traitement des aliénés s'imposait comme une grande œuvre à créer. Des ouvrages, d'une haute portée médicale et humanitaire, avaient vu le jour, dans le premier quart du siècle. Le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale,* du grand Pinel, est de 1802 ; les *Etudes physiologiques sur la folie,* de Prost, le fondateur de la célèbre Maison du docteur Blanche, paraissent de 1806 à 1808 ; le *Traité des vésanies ou maladies mentales,* de Jacquelin Dubuisson, le premier directeur de la Maison de santé du Petit-Charonne, date de 1816 ; le *Traité du délire appliqué à la médecine, à la morale et à la législation,* de Fodéré, est de 1817 ; le livre de Georget, *de la Folie,* est de 1820. C'est l'époque où Esquirol, le premier professeur de clinique des maladies mentales, crée, en France, la première école psychiatrique qui atteindra, pendant la moitié du XIXe siècle, un éclat jamais égalé. C'est encore le temps où s'élabore la première loi sur le régime des aliénés, loi qui verra le jour le 30 juin 1838 et qui servira de modèle au monde entier. De ce cours imposant d'études va sortir la première spécialisation de l'art médical, la médecine de l'aliénation mentale.

La Société de médecine de Bordeaux, dans son ardeur juvé-

nile — elle était née en 1808 — ne pouvait rester indifférente à ce mouvement entraînant. C'est sans doute la raison qui lui fit choisir, en 1830, l'hypochondrie comme sujet de concours. L'hypochondrie, antique question à controverses sans cesse renaissantes, était, alors plus que jamais, le terrain sur lequel s'affrontaient les doctrines nouvelles. Les *Recherches sur l'hypochondrie,* de Louyer-Villermay, avaient paru en 1802 ; la monographie de Jean-Pierre Falret sur le même sujet est de 1822, la dissertation de Georget sur l'hypochondrie et l'hystérie de 1823. Les jeunes docteurs, en quête de sujets pour leurs thèses inaugurales, sont attirés par le renouveau donné à ce vieux chapitre de pathologie : Chauvin, à Strasbourg, en 1824, s'exerce au parallèle entre l'hypochondrie et la mélancolie ; Piorry, à Paris, en 1826, écrit sa thèse de doctorat sur le danger de la lecture des livres de médecine pour les gens du monde. D'autre part, en 1828, Broussais, dans la fougue de ses idées nouvelles, rajeunit la vieille théorie de l'origine viscérale de l'hypochondrie dans son livre *De l'Irritation et de la Folie.* En somme, ouvrir un concours sur l'hypochondrie, en 1830, marquait, pour la Société de Médecine de Bordeaux, son désir d'assister, sur le champ de l'actualité, à une nouvelle joute entre tenants des deux doctrines rivales, qui s'affrontaient depuis des siècles en pareille matière et qui peuvent se résumer ainsi : l'hypochondrie est-elle une affection née dans les viscères et étendue secondairement au cerveau ; ou bien est-elle, au contraire, une affection primitivement et exclusivement cérébrale ? Il est peu de sujets de médecine sur lesquels on ait plus, ou même autant, écrit que sur l'hypochondrie, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours.

⁂

L'histoire de l'hypochondrie remonte aux premiers âges de la science médicale. Cependant, ce n'est que dans les écrits de Galien, que l'on retrouve, pour la première fois, le mot hypochondrie et un essai nosographique de l'affection ainsi désignée. Depuis lors, ce terme résistera à toutes les vicissitudes doctrinaires, pour persister encore dans la terminologie médicale moderne.

Pour Galien, le célèbre médecin de Pergame, la maladie hypochondriaque est un genre de mélancolie, provoquée par un trouble digestif, due à un amas d'atrabile dans le cerveau.

La maladie des hypochondres, c'est-à-dire des régions sous-jacentes aux cartilages costaux, est dénommée ainsi parce qu'elle trouve son origine dans les altérations des grands organes logés sous ces cartilages, le foie, l'estomac, la rate. Plus tard, les médecins arabes, à la suite de Rhazès, l'appelleront la maladie mirachiale, du mot arabe *mirach,* qui signifie ventre. Mais, pour Galien, comme pour tous ceux qui en disserteront d'après lui, le mal hypochondriaque n'est pas uniquement une maladie des organes digestifs ; il tire son individualité des troubles de l'esprit qui le caractérisent, à savoir les plaintes et les craintes spéciales aux sujets qui en sont affectés. Cette conception de Galien contient, en essence, tous les éléments de la querelle scientifique qui divisera les opinions émises sur la nature de l'hypochondrie, dans le cours des siècles jusque même à notre époque.

Pendant la longue période ancienne, où l'humorisme a régné en maître dans la pensée médicale, les discussions ont seulement porté sur la dénomination des humeurs à incriminer ; sur l'organe qui les élaborait, foie, estomac, intestin, plus tard système de la veine porte, mésentère, épiploon, diaphragme, tronc cœliaque ; comme aussi sur la nature des obstructions et inflammations qui résultaient de l'action de ces vapeurs noires. Mais tous admettaient l'ascension de ces humeurs dans le cerveau, où elles portaient la perturbation dans les esprits animaux dont celui-ci était le siège. Quant aux troubles de l'esprit, s'ils étaient spécifiques de l'affection, ils étaient considérés par tous comme d'importance secondaire et d'explication simple. Galien n'avait-il pas posé le principe que les passions sont intimement liées aux organes, et que la tristesse en particulier est une faculté affective qui prend naissance dans le foie ou dans la rate ?

Au XVII[e] siècle, avec Carolus Piso, Charles Lepoix (de Nancy), commence une seconde période dans l'histoire de l'hypochondrie. A cette époque, sous l'influence des idées philosophiques en cours, la médecine se dégage de la discussion doctrinaire pour s'appliquer à l'observation directe des faits. Charles Lepoix, frappé par le caractère des troubles de l'esprit dans l'hypochondrie, reconnaissant leur prédominance sur les désordres des organes digestifs, rejette délibérément la théorie de Galien. Il affirme que l'hypochondrie a son siège primitif dans le cerveau, il ne nie pas l'atteinte abdominale, mais il croit que la cause en est dans une effervescence spontanée du

cerveau, qui attaque les membranes cérébrales, pour tomber ensuite sur les viscères de l'abdomen, les distendre et les enflammer à leur tour. La doctrine de l'origine primitivement cérébrale de l'hypochondrie est née. Elle s'affirmera, avec des variantes, dans les ouvrages des plus illustres médecins du temps, les Sennert, les Paul Zacchias, les van Helmont, Thomas Willis, Félix Plater, Sydenham, Beerhaave, etc., car les plus grands savants ne manquent jamais de parler de l'hypochondrie comme d'une abondante matière de leur pratique. Alors, pour expliquer l'hypochondrie, dédaignant l'humorisme désuet, on édifie les hypothèses nouvelles sur les théories solidiennes, mécaniques ou chimiques, qui sont à l'honneur.

Au XVIII[e] siècle, avec Boissier de Sauvages de la Croix, celui-là même qu'on appelait de son vivant le Médecin de l'Amour parce qu'il avait soutenu dans sa thèse de licence devant la Faculté de Montpellier, que l'amour peut être guéri par des remèdes tirés des plantes, avec Boissier de Sauvages, dis-je, commence la troisième période de l'histoire de l'hypochondrie. Dans sa *Nosologie méthodique,* imprimée à Lyon en 1770, Sauvages se montre comme un clinicien de grand talent. Pour ce qui est de l'hypochondrie, ce n'est, d'après lui, qu'un égarement pur et simple de l'esprit, portant sur la santé, et compromettant l'état organique, surtout par l'abus des remèdes et par les exagérations des régimes auxquels sont entraînés les hypochondriaques. Suivant les individus considérés, l'hypochondrie consiste uniquement en troubles intellectuels, qui peuvent aller de la simple préoccupation craintive jusqu'au bouleversement le plus profond de la raison. Dans cette division des hypochondriaques, Sauvages réserve une place spéciale à ceux qui, se plaignant sans cesse de leur santé, ne sont vraiment atteints d'aucun mal physique réel. Il fait de ceux-ci une description courte, mais saisissante de vérité clinique, la première de cette espèce qu'on rencontre dans un ouvrage médical. La médecine a mis près de cent ans à adopter, comme un des siens, Argan, le *Malade imaginaire* de Molière, qui vit le feu de la rampe pour la première fois en 1673 !

A la fin du XVIII[e] siècle, la médecine de l'esprit est créée. Elle confirmera rapidement son importance pour prendre, dès le commencement du XIX[e] siècle, l'essor prodigieux que l'on sait. La conception de l'hypochondrie va désormais connaître bien des avatars, au travers des acquisitions sans cesse enrichies de la pathologie mentale.

Le livre de Jean-Pierre Falret, en 1822, et le mémoire de Dubois (d'Amiens), en 1830, marquent le point de départ de ces tribulations. Falret, élève de Pinel et d'Esquirol, recueille ses observations dans un milieu d'aliénés ; Dubois (d'Amiens) voit surtout ses malades dans la clientèle de ville. Pour l'un, l'hypochondrie trouve sa raison causale dans une atteinte organique du cerveau ; pour l'autre, elle n'est qu'une manière maladive de penser. De ce double départ clinique, sortira définitivement la division fondamentale déjà vue et admise par Sauvages. L'hypochondrie se sépare en deux, l'hypochondrie délirante et l'hypochondrie simple. Un sort bien différent sera dévolu à chacune.

L'hypochondrie délirante va suivre la fortune de la nosologie psychiatrique moderne, au fur et à mesure de son enrichissement. Mais, plus la pathologie mentale se précise, plus l'hypochondrie délirante se fragmente. Avec l'étude de plus en plus complète des formes simples et associées de la manie et de la mélancolie, avec la description des délires systématisés et de leurs variétés, avec la découverte de la paralysie générale, avec la connaissance des délires infectieux et toxiques, avec celle des psychopathies organiques, avec la conception des psychoses constitutionnelles, l'hypochondrie perd son ancienne valeur de spécificité morbide. On ne discute plus sur l'hypochondrie sans matière ou avec matière, comme au temps des anciens. On n'admet plus une hypochondrie essentielle, mais seulement une hypochondrie symptomatique. La pathologie mentale s'attache, avec un soin minutieux, à étudier les diverses manifestations cliniques de l'hypochondrie, et les répartit dans les nouveaux cadres. L'étude du sentiment et de l'idée hypochondriaques remplace désormais les controverses antiques sur la nature de l'hypochondrie ; on analyse la préoccupation hypochondriaque, les phobies hypochondriaques, les obsessions hypochondriaques, les idées délirantes hypochondriaques. Et lorsque, en 1905, le Congrès de Rennes choisit comme sujet de psychiatrie l'étude pathogénique et nosologique de l'hypochondrie, le rapporteur, Pierre Roy, se ralliait entièrement à l'opinion déjà fermement exprimée en France par Gilbert-Ballet, en Suisse par Dubois (de Berne), en Allemagne par Wollenberg (de Tubingue), à savoir: l'hypochondrie n'existe pas, en tant qu'affection distincte et autonome, justifiant son individualisation par un caractère étiologique ou évolutif spécial ; il n'y a que des symptômes et

des syndromes hypochondriaques, se manifestant sous des aspects cliniques différents, dans le cours des divers états psychopathiques. L'hypochondrie délirante a terminé sa carrière d'entité nosographique.

Mais, dans la tourmente qui a ainsi rompu l'hypochondrie délirante, qu'est devenue l'hypochondrie simple, ce désordre purement psychologique, sans trouble fondamental de la santé physique, bien différent de la folie que Sauvages avait distingué, que Falret avait admis, que Dubois (d'Amiens) avait opposé aux autres formes de l'hypochondrie, et qui, dans les descriptions classiques ultérieures, paraissait avoir acquis droit de cité ? Un événement, important pour elle, devait surgir vers 1880. Cet événement, survenu dans la pathologie du système nerveux, c'est l'avènement de la neurasthénie. A cette date, un médecin de New-York, Beard, décrivit une maladie nerveuse, qu'il donnait pour nouvelle, qu'il croyait tout d'abord spéciale au milieu américain et à son genre de vie, qui lui sembla faite surtout d'épuisement nerveux, et qu'il baptisa pour cela du nom vague de neurasthénie. L'idée de Beard connut rapidement une fortune immense. La maladie américaine fut retrouvée dans le monde entier, et le mot de neurasthénie entra dans toutes les langues, pour atteindre une vogue sans pareille, auprès des médecins comme dans le public. A la vérité, la description de Beard dut une grande partie de son retentissement à la publicité que lui fit Charcot, dont l'autorité neurologique rayonnait alors dans tous les pays. Charcot adopta les idées de Beard, et, en décrivant les stigmates neurasthéniques pour les opposer aux stigmates hystériques, il consacra la maladie nouvelle, et lui donna place, dans le rang des névroses, entre l'hystérie et l'épilepsie. Très vite, la nouvelle venue prit un volume important, et s'enfla démesurément. Tout l'inconnu et tout l'incertain d'une certaine pathologie du système nerveux entra dans ce nouveau chapitre. La neurasthénie ne comprenait plus seulement l'épuisement nerveux, la maladie du surmenage américain, mais elle s'étendait de plus en plus à toutes les manifestations de dépression et d'irritabilité nerveuses. Elle dépassa bientôt les limites d'une névrose accidentelle, pour englober une foule disparate de troubles fonctionnels du système nerveux, même congénitaux. On admit sans discussion, à côté d'une neurasthénie acquise, l'existence d'une neurasthénie héréditaire constitutionnelle. Le chapitre de la neurasthénie devint comme un de ces tiroirs

où l'on fourre précipitamment et sans ordre tout ce qui ne trouve place ailleurs. La médecine a toujours eu, et a toujours, de ces tiroirs. Celui de la neurasthénie fut bientôt rempli jusqu'au bord d'objets disparates. Le public avait suivi et dépassé les médecins. Pour lui, le mot neurasthénie était devenu synonyme de tout trouble nerveux ou mental, qui ne s'accompagnait ni de lésion grossière, ni de folie évidente. Pour lui, la neurasthénie était une explication suffisante de toutes les défaillances de la santé nerveuse, de toutes les irrégularités du mécanisme de l'esprit, de tous les manquements d'énergie morale, de toutes les bizarreries mentales. Le terme lui plaisait, il était un palliatif commode pour dissimuler ce qui pouvait être une tare, il était même une épithète décorative d'une certaine originalité. La neurasthénie était, suivant les circonstances, une excuse ou une distinction. Le public en est encore là aujourd'hui.

Ce qui nous importe ici, c'est-à-dire les rapports de l'hypochondrie et de la neurasthénie, est que, du jour où la neurasthénie entra dans la nosographie du système nerveux, l'hypochondrie simple en disparut complètement : l'hypochondrie était entrée dans sa période neurasthénique, suivant l'expression de Wollenberg. Elle y est toujours, mais elle demande à en sortir. La roue de la fortune a tourné pour la neurasthénie. L'étoile naguère resplendissante de cette prétendue névrose pâlit à son tour. Après avoir connu la gloire d'être indiscutable, la neurasthénie voit son existence compromise et sa réalité controuvée. Le tiroir de la neurasthénie, hier plein à déborder, se vide, et si vite qu'on entrevoit le moment où il n'y restera rien ou presque rien. De la foule immense des neurasthéniques de la période précédente, le nombre va diminuant de jour en jour de ceux qui peuvent porter ce titre. Leur répartition se fait dans les chapitres mieux étudiés de la pathologie nerveuse et mentale, dans ceux des atteintes lésionnelles minimes des nerfs et de la moelle, des formes frustes des psychoses périodiques, des psychoses toxi-infectieuses, des anomalies mentales constitutionnelles, etc. Neurologistes et psychiatres font de moins en moins, avec une finesse plus grande du diagnostic, celui de neurasthénie. La neurasthénie vraie, donnée classiquement comme très fréquente il y a quelques années, est dite maintenant extrêmement rare. Certains, parmi ceux qui avaient jadis contribué puissamment à en consolider les assises, parlent, du

haut des tribunes médicales les plus élevées, de son démembrement. La neurasthénie meurt de sa pléthore trop rapide et trop intense. Dès à présent, on peut entrevoir le jour prochain où elle aura perdu son ancienne place dans la pathologie.

L'hypochondrie simple doit-elle mourir avec la neurasthénie ? Non, bien au contraire, l'hypochondrie simple doit revêtir son éclat d'antan. Elle doit reprendre son domaine et retrouver ses sujets. Où ranger, en effet, tous ceux qu'une longue et patiente observation clinique a distingués, les êtres à passion hypochondriaque de Sennert, à maux imaginaires de Sauvages, à affections vaporeuses de Pomme, à cérébropathie de Georget, à penser hypochondriaque de Dubois (d'Amiens) ? Où placer la plus grande part de ceux qui permirent la description du nervosisme à Bouchut, de la névropathie cérébro-cardiaque à Krishaber, de la névralgie protéiforme à Cerise, de la névralgie générale à Valleix, de l'état nerveux à Sandras, comme aussi ceux que Guislain et Jules Falret décrivaient dans l'hypochondrie morale ou avec conscience, ceux que Gilbert-Ballet rangeait dans l'hypochondrie minor, Régis dans la neurasthénie constitutionnelle, ceux que Dubois (de Berne) appelait les salutistes, de l'expression populaire italienne salutista, de salute, santé, c'est-à-dire ceux qui se préoccupent trop de leur santé ? Où mettre enfin Argan, le Malade imaginaire de Molière ? Tous ceux-là furent confondus un moment dans la neurasthénie, pêle-mêle avec bien d'autres. Ils formaient même le gros de l'armée neurasthénique, et Brissaud répétait dans son enseignement qu'il était presque impossible de séparer la neurasthénie de l'hypochondrie.

La pensée va se préciser sur la place à donner à l'hypochondrie simple. Certains auteurs anciens avaient déjà souligné l'importance, chez les hypochondriaques, d'une tournure native de leur esprit, et Dubois (d'Amiens) avait parfaitement indiqué le rôle fondamental de cette susceptibilité particulière. L'idée sera reprise désormais par tous ceux qui traiteront de l'hypochondrie, et Broussais verra même dans cette prédisposition une modification morbide du principe et du besoin de la conservation individuelle, de ce qu'il a appelé la biophilie. Michéa définira franchement l'hypochondrie comme une exagération de l'instinct de conservation. Plus tard, Peter, Lancereaux, la placeront dans le cercle des diathèses. Plus récemment, Wollenberg distinguera nettement une

hypochondrie accidentelle et une hypochondrie constitutionnelle. Pour lui, cette dernière consiste essentiellement en un véritable tempérament hypochondriaque, sorte de disposition morbide spéciale, congénitale, se manifestant souvent dès l'enfance, s'affirmant avec l'âge, survenant chez les déséquilibrés mentaux. Roy, dans son rapport du Congrès de Rennes, en 1905, adoptera les mêmes conclusions, et, s'il reconnaît à la base des états hypochondriaques une cause déterminante dans les troubles de la cénesthésie, il admettra catégoriquement le principe d'une constitution psychique spéciale, fondement de toute hypochondrie.

A cette dernière date, naissait ailleurs la théorie des constitutions psychopathiques. On pouvait alors s'attendre à voir, comme un développement logique des idées précédentes, le tempérament hypochondriaque de Wollenberg, la constitution hypochondriaque de Roy, entrer dans le groupe général des constitutions psychopathiques. Il n'en fut rien, et l'on est en droit de s'en étonner. C'est à réparer cet oubli que je m'applique en ce moment. C'est dans cet esprit que je plaide aujourd'hui, devant vous, la cause de cette constitution mentale, si vieille, toujours mourante, et sans cesse rajeunie, la constitution hypochondriaque.

⁂

L'hypochondrie constitutionnelle a été, jusqu'ici, tenue à l'écart du groupe des constitutions psychopathiques. Pourquoi ? Il est difficile de le dire. Ceux, bien rares, qui en parlent ne veulent voir en elle qu'un embryon de paranoïa ou un mélange de dépression, d'hyperémotivité et de paranoïa rudimentaire. Pareille opinion est insoutenable, si l'on observe les faits sans parti pris. Sans aucun doute, l'hypochondrie constitutionnelle possède en propre tous les caractères distinctifs qui spécifient les constitutions psychopathiques. Sa fréquence est même telle qu'on peut prétendre pour elle à une place de premier rang parmi ces constitutions. Son importance s'affirme par le retentissement grave qu'elle provoque chez les sujets qui en sont porteurs, sur leur caractère, sur leur conduite, sur leurs réactions particulières aux atteintes de la maladie en général. A tous ces titres, elle intéresse non seulement le psychologue et le psychiatre, mais encore tous les médecins, car tous rencontrent l'hypochondrie, à tout instant, dans l'exercice de leur art.

La constitution hypochondriaque n'appartient pas, comme les auteurs anciens le voulaient, à certains individus, à certaines classes de la société, à certains pays, à certaines époques. Elle n'est pas une fonction de la culture intellectuelle, une conséquence de l'oisiveté, ni une tare réservée aux rangs sociaux élevés, aux esprits cultivés, aux gens du monde. Elle est de tous les temps, de tous les lieux, de toutes les conditions sociales. On peut dire cependant d'elle qu'elle est plus souvent observée chez les hommes que chez les femmes, sauf peut-être à la campagne où la proportion du sexe féminin semble l'emporter nettement. On peut dire aussi que les gens des pays du Nord paraissent y être plus prédisposés. On peut affirmer encore que certaines races, surtout les Israëlites, dont on connaît depuis longtemps la vulnérabilité psycho-névropathique, ont manifestement l'esprit plus soucieux de la santé, une crainte plus vive de la maladie, une appréhension plus inquiète de la mort ; chez les Israëlites, en effet, la constitution hypochondriaque se rencontre avec une extrême abondance ; on pourrait même dire qu'elle est, chez eux, un signe de race.

L'hypochondriaque se reconnaît à tous les âges. L'aspect morbide de son caractère se révèle dès l'enfance, d'une façon précoce, sous des formes presque toujours identiques, à l'occasion des menus événements de la vie enfantine. Elle s'annonce par des répugnances électives et inexpliquées pour sertains soins, pour certains aliments au moment du sevrage. Elle se traduit plus tard par une répulsion excessive, et déjà spécialisée, non pas tant pour la maladie et la douleur physique elles-mêmes, que pour les manifestations extérieures qui traduisent grossièrement les atteintes de la santé : les plaies même insignifiantes, le sang qui coule et qui rougit les linges, les exerétions et sécrétions anormales, la présence et les gestes du médecin même connu, le moribond ou le cadavre sur sa couche, la mort des animaux familiers, les enterrements, les cimetières, les récits de maladies, les histoires de revenants, etc. Plus tard encore, la croissance, l'évolution pubérale, serviront de thèmes aux sentiments anormaux des jeunes hypochondriaques : la poussée des poils, le développement des seins, l'apparition inopinée des premières règles, la transformation des organes génitaux, le fait étrange de l'érection, les premières éjaculations, les pollutions nocturnes, seront les événements qui fixeront leur observation inquiète.

On peut penser ce qu'est l'esprit de l'adolescent hypochondriaque, en proie aux besoins sexuels, à la crainte des conséquences redoutées d'habitudes de masturbation, à l'appréhension des maladies vénériennes, à l'effroi des contagions et des épidémies dont il a appris l'existence et l'importance. La jeune fille hypochondriaque, elle, s'inquiétera de son teint, de la coloration de ses conjonctives, de la signification des boutons de son visage, de l'irrégularité de ses règles, de ses pertes blanches, de l'ébauche de ses sensations génésiques. Mais c'est surtout à l'âge adulte que l'hypochondriaque étale, dans toute son ampleur significative, son caractère morbile ; c'est à la période de sa vie, où il est en pleine possession de ses forces physiques que, par un contraste saisissant, il recherche avec le plus de souci les imperfections de sa santé. Enfin, aux confins de la vieillesse, au temps où il sera plus sensible à la maladie et se rapprochera de la mort, l'inquiétude de son esprit semblera au contraire se calmer. Donc, pour bien définir l'hypochondriaque dans sa psychologie anormale, il faut l'analyser pendant sa vie d'adulte, à l'époque où s'accusent au maximum les traits fondamentaux de la constitution hypochondriaque.

« Il marche, dort, mange et boit, tout comme les autres, mais cela n'empêche pas qu'il ne soit fort malade », dit ironiquement Toinette, de son maître Argan, le Malade imaginaire de Molière. « Est-il possible que vous serez toujours embéguiné de vos apothicaires et de vos médecins, et que vous vouliez être malade, en dépit des gens et de la nature... Il faut vous avouer que vous êtes un homme d'une grande prévention, et que vous voyez les choses avec d'étranges yeux... » lui dit, d'autre part, son frère Béralde. Que sont les étranges yeux, la grande prévention, la maladie d'Argan ?

Préoccupation habituelle, nettement exagérée ou sans fondement, relative à la santé, tel est, dans sa définition classique, le principe de ce caractère anormal. Cet excès morbide d'intérêt apporté à la santé se traduit par l'observation continue de soi-même, par l'introspection incessante portant sur la personne physique et les phénomènes somatiques, comme elle peut porter aussi sur la personne mentale et les manifestations cérébrales. Cette introspection entraîne l'analyse des moindres troubles fonctionnels, même parfaitement compatibles avec la santé. De cette analyse, découlent toujours un sentiment disproportionné d'inquiétude et d'insécurité vagues,

l'idée d'une rupture possible de l'équilibre de la santé, le besoin de rechercher les causes de cette rupture, l'entraînement à corriger au plus vite les conséquences, même encore inexistantes, de ces causes.

Dans ce travail soucieux de la pensée, on comprend combien est facile la trouvaille d'une imperfection, vraie ou supposée, qui fixera la préoccupation, et permettra hypothèse, simple doute ou croyance, relatifs à une altération somatique réclamant surveillance et soins. Les variations des données de l'introspection entraîneront des changements, multiples et imprévus, dans la direction de l'esprit attentif et inquiet. Dès lors, le sujet s'appliquera à la découverte des moyens capables d'éclairer son jugement et de dicter sa conduite, ainsi qu'à la mise en œuvre des correctifs thérapeutiques qui s'avèrent pour lui utiles ou indispensables. Tel est le caractère hypochondriaque, qu'on peut résumer dans cette courte définition : l'exagération du souci de sa propre santé et la recherche excessive de la défense de celle-ci. Chez l'hypochondriaque, ce processus morbide de la pensée évoluera d'une façon permanente, d'une manière dissimulée ou visible, se révélant, soit sous une forme intermittente, mais souvent renouvelée, à chaque incident corporel favorable, soit sous une forme continue et au courant des multiples événements journaliers de la santé. C'est dans l'expression extérieure de cette pensée que le caractère hypochondriaque se dépeindra, sous des couleurs éclatantes, d'un coloris inimitable.

De toutes les fonctions corporelles, la digestion est celle qui attire et préoccupe le plus l'hypochondriaque. Son attention est ramenée sur elle, chaque jour, régulièrement, par l'heure des repas, le choix des aliments et des boissons, l'appétit et la faim, le goût des mets, les multiples sensations gastriques et abdominales, les excrétions. Les organes digestifs s'imposent ainsi, à chaque instant, à l'attention, à l'examen, à l'introspection, aux commentaires de l'esprit. Telle est la vraie raison qui a, depuis la médecine ancienne, lié les organes digestifs et surtout abdominaux, si étroitement aux plaintes et aux craintes de certains sujets. Voilà uniquement pourquoi l'hypochondrie s'appelle ainsi. Dans la pensée des hypochondriaques, comme dans leur emploi du temps, la surveillance et les soins de ces organes prennent une très large place. L'examen de la cavité buccale de la gorge, cet antre curieux où débute pour eux le mystère de la digestion, de la langue, ce miroir

de l'estomac, est fait à tout propos et même sans raison. La langue surtout est l'objet d'une sollicitude particulière. Son état n'est-il pas pour eux le résumé de la santé du tractus digestif tout entier ? De son apparence, bonne ou mauvaise, découlera la tranquillité ou l'inquiétude. Le miroir, conseiller facile mais dangereux, est interrogé à toute occasion. La langue elle-même est entourée de soins personnels, prolongés, répétés : nettoyages, brossages, râclages, badigeonnages, comme si frotter le vestibule suffisait à faire reluire toute la maison ! De même, les phases de la digestion gastrique et intestinale sont suivies dans une méditation attentive : pour l'hypochondriaque, chaque repas est un problème nouveau, dont les aliments sont les données qu'il cherche à suivre une à une. Il s'agit, pour lui, de savoir si ça passe ou si ça ne passe pas, et le pourquoi quand ça ne passe pas. Que dire du résultat final de la digestion ? Cette loi naturelle rappelle à chacun les plus basses obligations de la vie animale, et s'impose à tous comme une servitude inéluctable. « Les rois et les philosophes fientent, dit Montaigne à ce sujet, et les dames aussi ! » Pour l'hypochondriaque, déféquer est plus qu'une obligation, c'est une cérémonie, dont les rites varient avec chacun. C'est surtout pour lui une fonction imparfaite ou pénible, car, dans son désir du mieux, il en compromet la bonne exécution par l'absorption de régimes intempestifs et la prise inconsidérée de drogues. Mais, que la fonction soit automatique ou laborieuse, le fruit de ses entrailles est toujours reçu par lui avec émotion. « Mon lavement d'aujourd'hui a-t-il bien opéré ?... Ai-je bien fait de la bile ?... », demande avec anxiété Argan à Toinette. Le moins que puisse faire l'hypochondriaque pour son évacuation alvine est d'en examiner, dès son issue, le volume, la couleur, l'odeur, la consistance. Cet examen est toujours d'importance, et, de ces observations, sortira l'aise ou le souci. Cette analyse est souvent si minutieuse qu'on est étonné, parfois dégoûté, d'apprendre à quelles pratiques se livrent, dans la solitude de leurs retiros, beaucoup d'hypochondriaques. Ces pratiques sont d'habitude soigneusement dissimulées par ceux qui les exécutent, et qui rougiraient de leur divulgation : on les apprend par hasard ou par indiscrétion. J'ai connu ainsi l'exemple d'une jeune femme du monde, belle, fine, délicate dans ses manières extérieures, mais hypochondriaque profonde qui, tous les matins, déféquait dans l'eau, pendant son bain, afin de mieux disso-

cier la matière ainsi émise entre ses doigts, et d'en mieux analyser la bonne ou la mauvaise qualité digestive !

Le produit intestinal est loin d'être l'unique préoccupation de l'hypochondriaque. Les sécrétions nasales, la moindre expectoration sont longuement étudiées sur le mouchoir. Et les urines ! Je ne parle pas des examens faits par un chimiste qualifié, car nous connaissons tous de ces sujets qui ne peuvent vivre sans faire faire l'analyse chimique de leurs urines à dates fixes, alors même qu'elles ne donnent jamais de résultats pathologiques. Je parle des examens faits par l'hypochondriaque lui-même, sur le contenu fraîchement émis de sa vessie. Pour en donner un exemple pittoresque, je rappelle l'observation d'un malade de Louyer-Villermay, qui avait réservé un vase spécial aux urines de chaque jour, et une pièce de son appartement à cette collection de vases, dont il comparait longuement les liquides, dans le seul but de déterminer le meilleur régime d'aliments et de boissons qui convenait à sa santé !

Ces explorations sont la règle chez tous les hypochondriaques. Elles varient seulement dans leur forme, et aussi dans leurs exigences. Elles en arrivent à constituer, surtout chez ceux qui peuvent disposer d'un temps suffisant, de véritables habitudes cérémonieuses, renouvelées à chaque occasion favorable, sous une forme à peu près identique. Chacun aura son cérémonial personnel. Chacun se spécialisera dans le contrôle, qui de sa langue, qui de ses sécrétions des voies respiratoires, qui de ses urines ou de ses fèces, qui de ses génitoires, qui de son cœur et de son pouls, qui d'autres organes encore. Cette spécialisation explique pourquoi certains auteurs anciens ont décrit presque autant de formes d'hypochondrie qu'il y a de grands viscères et de grandes fonctions organiques. Qui ne connaît de ces hypochondriaques, riches et oisifs — l'oisiveté est pour eux un facteur d'aggravation — qui ont fait emplette et se servent eux-mêmes d'instruments d'examen médical, par exemple d'un matériel à analyse d'urine, d'un appareil de mesure de la tension artérielle, même d'un stéthoscope bi-auriculaire, dont ils usent à tout propos, et souvent fort maladroitement, pour surveiller les écarts de leur propre santé, ou de celle des leurs.

Observer sa santé est la moitié de la vie de l'hypochondriaque. Chercher les causes et les remèdes des variations, vraies ou supposées, de cette santé sera l'autre moitié. Dans

cette recherche, il est logique et habituel de prendre avis du médecin : l'hypochondriaque n'y manque point. Tous les médecins connaissent cet habitué de leurs cabinets, qui entre avec assurance, s'installe avec aise, et commence un interminable discours, où l'abondance des propos ne le cède qu'à la futilité des détails. D'emblée, l'hypochondriaque parle beaucoup plus des médecins déjà consultés et des traitements déjà prescrits, ordinairement sans succès, que de son mal ou de ce qu'il croit être son mal. Ramené à la question, quelquefois après plusieurs rappels, il se lance plus facilement dans une longue narration des explications pathogéniques personnelles, qu'il ne s'applique à dire, tout simplement, l'évolution de sa maladie et les symptômes éprouvés. Interrogé spécialement sur ceux-ci, il met dans ses réponses une longueur et une mobilité déconcertantes, en même temps qu'une précision qui n'est qu'apparente. Les dires, elliptiques, courent de région en région, d'organe en organe, de fonction en fonction, sans ordre, sans clarté, pour se fixer enfin sur un territoire plus incriminé et sur des troubles quelquefois insignifiants. Tout le long de ce discours, le langage est hyperbolique, surtout quand il s'agit de qualifier les sensations ressenties ; les adjectifs et les adverbes les plus impressionnants roulent avec fracas pour désigner les désordres les plus bénins ; pour lui, tout est intolérable, horrible, atroce, épouvantable, et il le dit avec une sérénité apparente, qui contraste singulièrement avec l'exagération des termes employés. Dans ses explications, il s'applique volontiers à n'user que d'expressions scientifiques, dé locutions médicales, de termes anatomiques et pathologiques, d'ailleurs rarement exacts, le plus souvent servis hors de propos. Chaque hypochondriaque possède ainsi, dans son vocabulaire, des maîtres-mots dont il se sert pour tout expliquer, causes et effets : l'un aura tout dit quand il aura dit mon entérite, l'autre mon arthritisme, ou encore, mon auto-intoxication, mon grand sympathique, mon plexus solaire ! Après le toujours long interrogatoire vient l'examen. Alors l'hypochondriaque se tait et se livre tout entier aux gestes rituels de l'exploration clinique, sauf que, de temps en temps, il laisse tomber un mot sentencieux pour bien montrer qu'il participe en esprit avec l'acte médical accompli. Il se prête aux recherches les plus minutieuses et les plus désagréables, aussi longuement qu'on voudra, patiemment, sans se plaindre, même avec une sorte de satisfaction béate : à ce moment,

l'hypochondriaque est pleinement heureux, il communie avec la médecine ! Quand viendra à son tour la rédaction de l'ordonnance, reprendront aussitôt les difficultés, les longues explications oiseuses sur les susceptibilités personnelles médicamenteuses, les affirmations sur les désastres qui pourraient provenir de telle ou telle thérapeutique, les doutes sur l'action de tel ou tel remède. Que le médecin n'essaie pas de détromper son client et de l'instruire, il passerait aussitôt à ses yeux pour un ignare. Qu'il n'essaie pas davantage de le rassurer sur la bénignité de son état, il s'attirerait son courroux et son mépris : « Le docteur X..., il n'a rien connu à ma maladie ! », tel est le propos que colporterait l'hypochondriaque au sortir de la consultation. Que le médecin ne s'avise surtout pas de lui prouver que sa santé physique est bonne et que, seule, existe une inquiétude excessive et anormale de son esprit, l'hypochondriaque furieux irait, répétant partout du médecin aussi imprudent, chaque fois avec un sourire de souverain dédain : « Le docteur Y..., c'est un ignorant ! Moi qui vous parle et qui l'ai consulté pour ma maladie d'intestins, il m'a pris pour un fou ! »

Fixer un hypochondriaque, le conseiller et le diriger dans la seule voie utile du redressement de son caractère morbide, est un tour de force, rare pour un médecin, même instruit en cette matière. Par nature, l'hypochondriaque ne retire aucun soulagement de ce que lui ordonne le médecin, aucun apaisement de ce qu'il lui dit : aussi est-il entraîné à changer perpétuellement de médecins et de médications, toujours sans profit, et même pour son plus grand dommage. Ces coureurs de médecins sont connus depuis fort longtemps. Félix Plater écrivait d'eux, en 1609 : « Ils fatiguent les médecins. Ils désirent avec ardeur leur guérison, ils essaient divers remèdes, et, à moins qu'ils ne se trouvent bientôt soulagés, ils changent de médecins et de médicaments. » Ils ont « la maladie des médecins » et « l'entêtement de la médecine », comme disait Béralde de son frère Argan. Les hypochondriaques, après avoir consulté ceux qui leur paraissent le plus désignés pour guérir leurs maux, la liste de ces consultants est quelquefois d'une longueur comique, après avoir épuisé sans succès les avis les plus divers, les hypochondriaques prennent enfin le médecin en complète déconsidération. « La médecine est impuissante à me guérir ! » disent-ils. Ils essaient dès lors de la chirurgie, le plus souvent pour leur plus grand dommage et pour

l'aggravation de leur état. Ils demanderont conseils aux pharmaciens, confidentiellement, sur la valeur de tel ou tel remède, sans négliger d'exposer leurs longues doléances dans chaque officine, d'où ils sortiront chaque fois avec un avis péremptoire de M. Homais, et aussi avec un colis de médicaments nouveaux. Leur foi dans la thérapeutique reste cependant ardente, leur crédulité demeure excessive dans l'action des remèdes, mais leur inconstance est un de leurs défauts premiers. La publicité pharmaceutique les attire, elle est faite surtout pour eux, et, comme ils sont légion, elle trouve toujours chez eux une clientèle abondante, quel que soit le produit lancé. Les réclames qui accompagnent ces produits sont habilement rédigées, en termes assez vagues pour que chacun se reconnaisse dans les descriptions qu'elles contiennent. La foi et l'espérance les poussent, l'échec et la déception suivent toujours. Les hypochondriaques emmagasinent ainsi chez eux quantité de remèdes, à peine essayés, vite déclarés inefficaces, mais dont ils n'osent cependant se séparer : « Il y a chez nous de quoi remplir toute une boutique de pharmacie ! » dit souvent l'entourage. Après l'essai des traitements officiels ou réclamistes, viendra celui des remèdes de bonnes femmes, de sorciers, de charlatans de toutes sortes, qui les drainent à leur tour et souvent les retiennent plus que les médications les plus rationnelles. Autour des thérapeutes exploiteurs, on trouve toujours une foule dense d'hypochondriaques.

Si l'hypochondriaque s'éloigne un beau jour de la médecine et du médecin, il aime cependant toujours s'occuper de l'une et converser avec l'autre. Dans le cercle de ses connaissances, il donne, à la moindre occasion, un avis définitif sur les maladies, les remèdes et les médecins. Il ne perd jamais l'occasion de s'instruire du mal des autres et des médications qui leur sont ordonnées. Ainsi il essaie souvent, sur lui-même, sans besoin, le remède inconnu ordonné à un autre. Quand il a été malade véritablement, quelle satisfaction pour lui de raconter à chacun, avec force détails impressionnants, les misères endurées et les complications évitées ! Il rapporte à son courage, à sa résistance ou à son esprit avisé, le mérite d'avoir échappé au mal. Nul n'a été malade comme lui et n'a guéri comme lui. « Quel sujet intéressant je suis pour la médecine ! » dit-il. Et quel honneur, s'il a subi avec succès la moindre intervention chirurgicale ! Alors, il faut tout subir de l'histoire de son opération, depuis la description de la

clinique jusqu'à l'appréciation toujours personnelle du chirurgien : « Il n'avait jamais vu un cas pareil au mien ! » dit-il en se rengorgeant. Pendant longtemps, il contera ce même récit, comme celui d'une campagne glorieuse. Nos amis, les hypochondriaques ! S'ils nous rencontrent dans la rue, ils s'empressent de nous accompagner, de s'informer de nos occupations et de nos cures, ils demandent à s'instruire des nouvelles découvertes médicales, et ils réussissent toujours à nous soutirer, entre temps, un conseil pour eux ou pour les leurs. Dans le monde, quelle aubaine pour l'hypochondriaque d'être aux côtés d'un médecin connu ou réputé. Alors, quelle joie pour lui de parler médecine, de faire parade de ses connaissances médicales et de son vocabulaire scientifique, de discuter thérapeutique surtout, pour conclure par cette réflexion si souvent entendue : « J'ai toujours été passionné pour la médecine, j'ai manqué ma vocation, j'aurais dû me faire médecin ! » Ces ratés de la médecine ne sont que des hypochondriaques.

Ce désir de vivre aux côtés du médecin, pour le secours ou l'instruction qu'il en peut tirer, est une tendance habituelle à l'hypochondriaque, qui recherchera non seulement ses amitiés, mais encore ses alliances parmi les médecins. Argan voulait marier sa fille Rosine au jeune Thomas Diafoirus, fils et neveu de médecins, médecin lui-même : « ... Infirme et malade comme je le suis, dit-il, je veux me faire un gendre et des alliés médecins, afin de m'appuyer de bons secours contre ma maladie, d'avoir dans ma famille les sources des remèdes qui me sont nécessaires, et d'être à même des consultations et des ordonnances... » Ce n'est pas pour Rosine, « ...c'est pour moi que je lui donne ce médecin, et une fille de bon naturel doit être ravie d'épouser ce qui est utile à la santé de son père. » Plus tard, il n'acceptera Cléante qu'à une seule condition : « Oui, faites-vous médecin, je vous donne ma fille ! »

A défaut de gendre médecin, l'hypochondriaque dirigera son fils vers la Faculté de médecine, à moins qu'il se décide à conquérir lui-même, avec le diplôme, le savoir médical qui lui assurera, croit-il, la santé et la quiétude. Bien des vocations tardives en médecine ressemblent à celle d'Argan, poussé par Béralde et Toinette : « ...Voilà le vrai moyen de vous guérir bientôt, et il n'y a point de maladie si osée que de se jouer de la personne d'un médecin ! » Ironie profonde, car le médecin n'échappe ni à la maladie, ni même à l'hypochondrie. Cer-

tains auteurs médicaux ont été entraînés par leur esprit hypochondriaque à étudier l'hypochondrie et à écrire sur elle. Certains de ces ouvrages ne sont que des autobiographies, ce qui faisait dire à Leuret, le médecin de Bicêtre : « Dans l'histoire de l'hypochondrie, il n'est pas moins curieux d'étudier les médecins qui ont écrit sur cette maladie que les malades qui sont l'objet de leurs études ! »

L'hypochondriaque est friand de littérature médicale, qui sert son besoin de rechercher sans cesse les causes de son mal. La remarque est vieille, déjà écrite par Sauvages au XVIIIe siècle. Dubois (d'Amiens), disait de lui qu'il forme l'assistance empressée et fidèle de « ces conférences et cours publics que quelques médecins veulent bien faire pour l'instruction et l'amusement des oisifs des grandes villes. » On sait combien, encore de nos jours, les manifestations médicales publiques, faites même dans un but louable de préservation, font immédiatement courir chez le médecin plus de craintifs hypochondriaques qu'elles ne lui amènent de véritables malades. C'est le même procédé, et le même riche filon, qu'exploitait si bien le docteur Knock, le médecin de la pièce célèbre de Jules Romains : en proclamant sans arrêt l'imminence de la maladie, Knock créait l'hypochondrie et révélait à eux-mêmes, pour son plus grand profit, les hypochondriaques qui s'ignoraient.

L'hypochondriaque, souvent rebuté par les textes trop ardus des ouvrages scientifiques, se rabat vite sur tout ce qui se rapproche de la littérature médicale. Sur ce sujet, tout lui est bon, depuis l'information de la grande presse qu'il a lue souvent avant son médecin, jusqu'à la simple notice pharmaceutique, jusqu'à ces livres dits de vulgarisation, dont il assure le gros succès en librairie, et dont le moins qu'on puisse dire est qu'ils sont écrits pour lui. Certains rassemblent ainsi chez eux de véritables bibliothèques, paramédicales pourrait-on dire, qu'ils consultent à chaque occasion, et dont ils ne tirent que des conceptions fausses et de perpétuels sujets de craintes, alors qu'ils croyaient y trouver d'importantes révélations et de précieuses indications. Ces livres ont toujours eu une très grande vogue. Ils s'intitulaient autrefois, *le Médecin chez soi*, *le Médecin des familles*, *la Médecine pour tous*. A notre époque, plus scientifique, l'ouvrage se présente avec une allure savante, il s'appelle aujourd'hui : *le Larousse médical !* Il est le livre de choix de tous les hypochondriaques qui peuvent l'acheter. Il est consulté par eux, à chaque incident de la santé

du possesseur ou des siens, en attendant la visite du médecin pour mieux l'instruire du mal, après son départ pour commenter et contrôler ses dires, pour éviter aussi son appel, pour toute raison, et même sans raison. *Le Larousse médical* est, pour quelques-uns, à la lettre, le livre de chevet. Je connais un homme âgé, commerçant actif, mais hypochondriaque endurci, qui, chaque fois qu'il est ou qu'il se croit malade, et ceci lui arrive souvent, se couche, mais pas avant d'avoir ouvert sur sa table de nuit, son *Larousse médical,* dans lequel il suit attentivement son mal, en lisant les articles concernant chaque trouble qu'il ressent ou croit ressentir. Et combien d'autres font comme lui ! Acheter un *Larousse médical* est presque toujours un stigmate de constitution hypochondriaque.

L'influence néfaste, pour l'hypochondriaque, de la lecture des livres de médecine, est pourtant connue depuis longtemps. Les vieux auteurs en parlent. Piorry, comme je le disais plus haut, a consacré sa thèse à ce danger pour les gens du monde. Un exemple classique est tiré des *Confessions* de Jean-Jacques Rousseau, qui, comme on le sait, fut un type parfait d'hypochondriaque constitutionnel et qui même, vers la fin de sa vie, tomba dans l'hypochondrie délirante. « Fatale épreuve », disait Jean-Jacques, de cette lecture dont il se reconnaissait une pitoyable victime. « Je ne lisais pas la description d'une maladie que je ne crusse être la mienne. Je suis sûr que si je n'avais pas été malade, je le serais devenu par cette fatale étude. Trouvant dans chaque maladie les symptômes de la mienne, je croyais les avoir toutes, et j'en gagnai par-dessus une, bien plus cruelle encore, dont je m'étais cru délivré : la fantaisie de guérir. Ç'en est une difficile à éviter quand on se met à lire des livres de médecine ! » Dans ces conditions, Jean-Jacques imagina que tous les troubles de sa santé avaient pour cause « un polype du cœur », et il décida de partir à pied pour Montpellier, afin de consulter le célèbre professeur Fizes, alors fameux pour ses cures des maladies du cœur. On sait que, en route, il rencontra Mme de Larnage, qui eut à son égard de si bons soins qu'il en oublia son polype du cœur, pour ne plus s'en souvenir qu'en arrivant aux portes de Montpellier !

L'hypochondriaque fait le plus souvent bonne figure, au dehors et dans le monde, dissimulant l'inquiétude et les préoccupations de sa santé. Dans son intérieur, au milieu des siens, il se répand dans toute l'ampleur de son hypochondrie. Dans

sa famille, il fatigue l'entourage par ses craintes excessives, ses plaintes répétées, ses propos pessimistes sur lui-même, ses exigences. Tout et tous doivent tourner autour de sa santé et de la correction de celle-ci. Il s'est composé un programme personnel de vie, à base de remèdes, de régimes et d'hygiène, mais son programme est comme son esprit, mal documenté et torturé, fait ordinairement de pratiques et de règlements faussement scientifiques, où le souci du détail insignifiant domine toute grande règle utile. « Combien faut-il mettre de grains de sel dans un œuf ? » demande anxieusement Argan à l'oncle Diafoirus. « M. Purgon m'a dit de me promener le matin dans ma chambre, douze allées et douze venues ; mais j'ai oublié à lui demander si c'est en long ou en large », dit toujours Argan. Un vieux général, vétéran de l'hypochondrie, que j'ai soigné pendant la guerre, m'affirmait, avec une foi mathématique d'ancien polytechnicien, son impossibilité absolue de digérer le moindre repas, s'il n'avalait pas immédiatement après la dernière bouchée, une goutte, une seule suffisait, d'élixir parégorique ! Je crois même qu'il tenait ce remède merveilleux d'un chirurgien bien connu de Paris, qui, fin psychologue, s'était ainsi débarrassé de ses poursuites et de ses doléances, et, du coup, l'avait mieux soulagé par ce moyen qu'avec son bistouri ! Par la peine qu'ils répandent autour d'eux, certains hypochondriaques sont de véritables tyrans familiaux, d'une exigence rare et jamais satisfaite, difficiles à l'excès pour leur nourriture, réclamant sans cesse changement de régimes, infusions, cataplasmes, lavements, frictions, massages, transformant leurs femmes en véritables garde-malades, les faisant vivre dans la perpétuelle attente des plus graves complications. Gémissant sans honte et pour le moindre motif, il faut les entourer, les soigner, leur prendre le pouls, les ausculter même, pour les rassurer. Beaucoup apportent la même sollicitude débordante à l'égard de la santé des leurs. Mais ici, ils changent de ton et d'allures, ils tranchent du docteur, examinent et diagnostiquent eux-mêmes, et, après avoir relu *le Larousse médical,* ils font choix, dans leur pharmacie, toujours bien approvisionnée, du remède à administrer, souvent inopportun. C'est ainsi qu'un hypochondriaque contamine son conjoint et dresse ses enfants à son image. C'est ainsi qu'on découvre dans certaines familles de véritables nids d'hypochondriaques. Dans ces milieux, on apprend d'étranges habitudes, des règles absurdes de vie, des mises en scène mélodra-

matiques ou ridicules. Je peux vous conter l'histoire de cette riche Israëlite, martyrisant les siens de soins inutiles, et qui, mariée à un haut fonctionnaire que ses occupations entraînaient à de fréquents déplacements, chaque fois que son mari tardait par trop de rentrer le soir, dans la crainte d'un accident qui lui serait arrivé, se mettait en devoir de préparer, dans une pièce spéciale de sa maison, pansements, eau bouillie, antiseptiques, matelas par terre, attendant elle-même en blouse blanche d'infirmière, prête à alerter le chirurgien ! Que d'observations curieuses et significatives de l'esprit hypochondriaque on peut faire, dans certains milieux, autour de certaines personnes, dans leur façon intime de vivre, même dans la seule manière de se vêtir et de se défendre contre les influences cosmiques !

⁂

De l'hypochondriaque, de son caractère si spécial, on pourrait parler longtemps encore, tellement la matière abonde. Mais que dire de plus, après tant de riches et vivantes descriptions faites par les auteurs anciens ? Qu'ajouter d'ailleurs à ce que chacun de vous a déjà si souvent observé ? Vous connaissez tous l'hypochondriaque et ses nombreuses présentations.

Dans toute cette foule marquée du sceau de l'hypochondrie native, les uns sont plus fortement tarés que les autres. Pour certains, le caractère hypochondriaque ne sera qu'une touche légère de leur esprit, nuançant d'une teinte atténuée leur vie psychique, n'apparaissant que par éclats passagers sous l'action d'incidences favorables : ceux-ci confinent à l'état normal, car qui peut se vanter, même parmi les plus normaux, de n'avoir jamais eu dans sa vie quelques minutes d'hypochondrie ? D'autres, plus atteints, montreront à tout instant leurs traits significatifs. Chez ceux-ci, saillira toujours l'opposition flagrante entre leurs dires plaintifs et leur aspect de bonne santé qu'ils n'aiment pas à entendre constater par autrui, entre leurs appréhensions et le bon réglage de leurs fonctions qu'ils n'admettent pas comme naturel et qu'ils veulent toujours rapporter à leurs pratiques préventives ou curatives. Ce sont ceux-là que le public, sévère censeur de ces tourmentés, désigne, dans son langage trivial mais pittoresque, de gémisseurs, de geignards, de toujours-mourants, de trompe-la-mort, de buveurs de remèdes, de pots-à-tisanes, de sacs-à-drogues, de bien d'autres expressions moins convenables mais toujours

significatives. Ces hypochondriaques-types pourront vivre toute leur vie leurs maux imaginaires sans que jamais soit compromis vraiment l'équilibre de leur santé physique, alors que d'autres, au contraire, finiront par le rompre, uniquement par leurs règles nocives. Un grand nombre d'entre eux, ajoutant à leur hypochondrie fondamentale d'autres tournures morbides de l'esprit, se montreront sous des aspects nouveaux, plus représentatifs. L'hypochondrie, associée à l'hyperémotivité constitutionnelle, se traduira par une anxiété particulière, orientée vers les phobies et les obsessions hypochondriaques, dont le nombre et les variétés sont sans limites, dont on peut dire qu'elles sont aussi multiples que les organes et les parties d'organes, que toutes les fonctions et toutes leurs opérations, que toutes les maladies et tous les symptômes, que toutes les formes de la mort, sans compter les êtres, les objets, les éléments, qui peuvent avoir une action nuisible quelconque sur la santé. Dans les cas plus rares, où d'autres prédispositions morbides précipitent un jour l'hypochondriaque dans la maladie mentale, la psychose ainsi réalisée se ressentira toujours du terrain sur lequel elle évolue, et se traduira plus volontiers par une de ces formes d'hypochondrie délirante dont on connaît la fréquence et la ténacité habituelles, dans certaines variétés de mélancolie, de délires hallucinatoires, de confusion mentale, de paralysie générale, d'épilepsie, etc., où les symptômes cénesthopathiques viennent si souvent renforcer et entretenir les idées délirantes hypochondriaques. Enfin, dans les cas encore plus rares, où une constitution paranoïaque se surajoute à l'hypochondrie fondamentale, l'idée délirante hypochondriaque pourra dominer la scène morbide ou exister seule, entraînant le malade dans un délire systématisé progressif, où les interprétations délirantes, les réactions revendicatrices, les actions vindicatives, évolueront toutes sur la base de l'hypochondrie. Ces délirants hypochondriaques sont toujours des aliénés dangereux, surtout pour le médecin ou le chirurgien qu'ils accusent d'avoir ruiné leur santé, qu'ils poursuivent de leurs récriminations haineuses, et très souvent aussi de leurs coups meurtriers.

Quelle place doit-on faire, dans la nosographie psychiatrique, à ce type morbide, si bien défini, que représente le caractère hypochondriaque ? N'est-il pas assez démonstratif d'une formule clinique de déséquilibre inné de l'esprit ? N'est-il pas assez individualisé, comme une manière d'être au point de vue

mental, originelle, précocement révélée, développée avec l'individu, permanente, psychologiquement qualifiée, se traduisant par une activité à nulle autre semblable ? Cette manière d'être, pathologique dans son essence, n'est-elle pas, dans le cas de maladie mentale intercurrente, susceptible en s'exagérant d'imprimer une forme particulière à cette maladie, et même en s'épanouissant de constituer toute cette maladie ? Et que sont ces traits et cette définition, sinon ceux que tous s'accordent, à l'heure actuelle, à reconnaître aux grandes constitutions psychopathiques, variétés cliniquement mieux étudiées de la déséquilibration mentale ? A tous ces titres, la constitution hypochondriaque a le droit de se ranger dans le chapitre de ces constitutions mentales morbides. Par sa fréquence si grande, par sa physionomie si personnelle, par son intérêt si général, elle doit même occuper un des premiers rangs parmi ces constitutions. C'est à défendre pour elle ce droit, affirmé par tant de plaidoieries, au travers des siècles et de l'histoire de la médecine psychiatrique, que je me suis employé aujourd'hui. Et si d'aucuns hésitaient encore, non pas devant le droit qui apparaît indiscutable, mais devant les termes qui le désignent, si certains considéraient les mots hypochondrie et hypochondriaque comme vétustes, inexacts, ou mal famés, si j'osais créer un néologisme, je voudrais qu'il rappelât ce génial clinicien-ès-lettres que fut Molière, et son immortel *Malade imaginaire,* et je choisirais celui de Arganisme ou de Constitution Arganique !

PREMIER RAPPORT

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

ET

DISCUSSION

M. le Président. — Messieurs, un fait sans précédent — et que l'on doit souhaiter sans renouvellement — marquera la 34[e] session de notre Congrès ; ce fait est la carence d'un Rapporteur.

Celui qui devait rapporter devant vous, à cette heure, la question de psychiatrie, mise au programme de cette session par votre délibération de l'an dernier, après avoir pris connaissance et accepté par écrit les termes des Statuts du Congrès, qui imposent à tout rapporteur la remise de son manuscrit, deux mois et demi au moins avant l'ouverture du Congrès, a manqué à ses engagements. Pressé, à maintes reprises, par notre actif Secrétaire général, ce Rapporteur déficient a déclaré enfin, sans raisons graves ni excuses acceptables, qu'il était dans l'impossibilité de fournir son rapport pour le livrer à l'impression et le distribuer aux membres du Congrès avant l'ouverture de celui-ci ; — et il proposait, pour toute solution, de venir à la séance d'aujourd'hui exposer oralement son texte retardataire.

Cette façon de procéder était formellement contraire au règlement de nos Congrès. Elle constituait un manquement absolu à tous les engagements pris. Elle serait une innovation dangereuse pour l'avenir.

Le Comité permanent s'est fortement ému de cette situation. Réuni en toute hâte à Paris, au siège du Secrétariat permanent, le 22 juin dernier, après avoir pris avis spécialement des anciens Secrétaires permanents qui, pendant plus de trente années, ont conduit brillamment les destinées de nos Congrès, le Comité permanent a pris, à l'unanimité, les seules décisions qui s'imposaient : supprimer complètement le Rapport de psychiatrie de la session actuelle, en aviser immédiatement le Rapporteur défaillant, conserver cependant au programme du Congrès la discussion sur le sujet du Rapport, afin de permettre à ceux qui s'y étaient déjà préparés, d'apporter leurs opinions et leurs observations sur la question mise à l'ordre du jour.

Le professeur Henri Claude, que nous devons tous remer-

cier pour son geste de dévouement, s'est offert immédiatement pour rédiger lui-même un plan de discussion sur la question du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. C'est le texte imprimé en hâte de cet exposé qui vous a été adressé. Le professeur Henri Claude veut bien encore aujourd'hui prendre la parole le premier, et nous dire les résultats de ses recherches personnelles sur cette question : qu'il soit remercié pour cette nouvelle preuve de dévouement. Nous avions perdu un rapporteur, nous en trouvons un autre qui nous permet de dire : à quelque chose, malheur est bon, nous gagnons au change !

Je donne la parole à M. le professeur Henri Claude.

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DANS LES MALADIES MENTALES

EXPOSÉ PRÉSENTÉ PAR

M. le Professeur Henri CLAUDE

Membre de l'Académie de Médecine

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DANS LES MALADIES MENTALES

Il ne nous a pas été permis de rapporter dans une revue critique les variations dans la constitution et les conditions biologiques que présente le liquide céphalo-rachidien au cours des maladies mentales. On ne trouvera ici que les bases d'un échange de vues sur ce sujet reposant surtout sur notre expérience personnelle et les documents recueillis à la clinique par nos collaborateurs Meignant, Cossa, Migaut, Ey.

Le L. C.-R. peut être modifié dans ses conditions physiques, dans sa constitution chimique, dans ses réactions biologiques et dans sa teneur en éléments figurés au cours des maladies mentales. Suivant les cas, l'intérêt de l'étude de ce liquide portera soit sur la tension, la coloration, soit sur la quantité de divers éléments : albumine totale, globulines (quotient de Kafka), chlorures, sucre, urée et dérivés azotés, cholestérine, choline, etc..., soit sur les réactions biologiques (réaction de B. W., du benjoin colloïdal, de l'or (Lange), de l'élixir parégorique, etc..., enfin sur la présence des cellules endothéliales ou des cellules néoplasiques ; mais avant tout de la leucocytose et des hématies.

Les modifications de la perméabilité méningée soit aux agents pharmacodynamiques soit aux corps en circulation dans le sang devront également retenir l'attention. Il y aura donc des caractères pathologiques du L. C.-R. variables suivant les états morbides dont le trouble mental est l'expression. Ceux-ci peuvent être rangés par catégories :

1° affections organiques dont les lésions sont manifestes et bien déterminées ;

2° affections organiques dont les lésions sont moins bien précisées (groupe des confusions et des démences précoces) ;

3° affections de nature toxique ;

4° psychoses constitutionnelles ;
5° maladies convulsivantes (épilepsie, hystéro-épilepsie).

I. Parmi les maladies organiques à lésions bien déterminées nous rangerons :

1° Les foyers d'hémorragie et de ramollissement cérébral. Ces lésions peuvent donner lieu à des troubles mentaux et l'examen du L. C.-R. montre des modifications dans la constitution de celui-ci. Ce sont dans certains cas des hémorragies méningées, ou des hémorragies ventriculaires, ou enfin des foyers hémorragiques cérébraux ayant diffusé dans les espaces arachnoïdiens, hémato-leucocytose avec hypertension. La xanthochromie est souvent le reliquat de ces foyers hémorragiques.

On peut observer dans les hémorragies cérébrales une certaine réaction méningée leucocytaire et dans quelques cas un liquide hypertendu, trouble, contenant un grand nombre de polynucléaires et de lymphocytes formant un culot blanchâtre à la centrifugation. Cette réaction méningée, aseptique, s'accompagnant de troubles mentaux confusionnels et délirants, peut laisser le diagnostic hésitant.

2° Les tumeurs cérébrales présentent le plus souvent, mais pas toujours, un liquide hypertendu et parfois donnent lieu à une réaction du type mononucléaire ou lymphocytaire. Plus rarement on note la présence d'éléments cellulaires néoplasiques. L'albuminose est fréquente. La tension baisse en général assez brusquement après la soustraction de quelques centimètres cubes de liquide (5 cm. par exemple). La recherche du coefficient d'Ayala, de la dissociation albumino-cytologique ou albumino-globulinique pourraient apporter des éléments de diagnostic (Weichbrodt positif et Pandy positif).

3° Dans les méningites séreuses qui souvent simulent les tumeurs, la pression est parfois aussi très élevée, l'albuminose est rare, les éléments leucocytaires font défaut, la pression s'abaisse relativement peu après la soustraction de quelques centimètres cubes de liquide.

4° Dans les encéphalites et surtout dans l'encéphalite épidémique, les altérations du L. C.-R. sont très variables, on peut observer :

a) une forme méningée dans laquelle la réaction leucocytaire et l'albuminose sont très accusées, ou bien dans laquelle le L. C.-R. est hémorragique, xanthochromique et même coagulable ;

b) une forme dans laquelle la réaction méningée est à peine indiquée et où l'hyperglycorachie (au-dessus de 60 centigrammes) est très notable : 1 gr. et plus ;

c) une forme sans altération appréciable du L. C.-R.

5° La chorée aiguë avec troubles mentaux présente toujours une lymphocytose et une albuminose appréciables. Dans la chorée chronique nous n'avons pas trouvé de liquide à caractère pathologique au moins en ce qui concerne les éléments recherchés habituellement.

6° Enfin c'est surtout dans la syphilis nerveuse et la P. G. que l'étude du L. C.-R. est importante.

L'observation attentive, longtemps continuée des syphilitiques, a montré que les signes humoraux priment les signes cliniques de l'atteinte du système nerveux (période-biologique de Ravaut). Des malades qui ont présenté depuis le début de la syphilis des réactions du L. C.-R. allant en s'aggravant ont abouti finalement, plusieurs années après, au tabès et à la paralysie générale.

Ravaut insiste sur l'importance des réactions leucocytaires, sur le caractère de positivité énergique du B.-W., dans certains cas en l'absence de tout signe clinique. Le même auteur estime qu'une ponction lombaire négative, pratiquée après trois ans de traitement sérieux, entre la quatrième et la dixième année, permet de penser que le malade a de grandes chances de ne pas présenter par la suite de manifestations nerveuses, décelables par la ponction lombaire.

La dissociation globulino-albuminique aurait, quand elle est prononcée, une signification importante pour le diagnostic de neuro-syphilis « incipiens ».

En ce qui concerne la P. G., les altérations du L. C.-R. consistent en modifications de la tension : plus élevée dans les formes du début avec excitation, abaissée dans les formes cachectiques. Hyperalbuminose, augmentation de la globuline (Pandy et Weichbrodt positifs), lymphocytose moyenne, parfois polynucléoses lors de poussées méningées aiguës. B.-W. fortement positif. Benjoin colloïdal : floculation dans les dix premiers tubes.

Mais des anomalies peuvent s'observer.

Une forte albuminose peut exister, sans autres caractères de la série habituelle, avec augmentation de la globuline, coïncidant avec des signes cliniques de P. G. Dans des cas de ce

type la malariathérapie a pu améliorer les malades et faire baisser le taux de l'albumine.

Bien des cas cliniquement diagnostiqués P. G n'ont que deux ou trois des caractères classiques du L. C.-R., lesquels ont pu s'atténuer ou disparaître par le traitement.

Quelques cas authentiques de P. G., vérifiés à l'autopsie, ont pu présenter *à une certaine période,* du moins, un L. C.-R. normal.

D'ailleurs, après la malariathérapie, le L. C.-R. a pu devenir normal dans un assez grand nombre de cas et après un temps plus ou moins long, soit que le malade fût en rémission courte ou prolongée, soit même qu'il eût succombé plus tard à la maladie (1 cas).

Il existe des cas cliniquement diagnostiqués P. G. sans altération du L. C.-R. qui ont été favorablement influencés par la malariathérapie.

Au cours de la malariathérapie les caractères du L. C.-R. se modifient assez rapidement, surtout en ce qui concerne les éléments leucocytaires.

Il y a des syphilitiques qui présentent des modifications du L. C.-R. très voisines de celles de la P. G. classique, sans signes cliniques encore apparents. Les traitements actifs peuvent faire disparaître ces caractères anormaux, et, peut-être, éloigner les risques de P. G.

Pour quelques auteurs la cholestérine serait augmentée dans le L. C.-R. des P. G. ; mais le fait est contesté par d'autres.

Le tableau suivant donnera une idée des modifications des divers éléments du L. C.-R. après la malariathérapie.

56 P. G. à liquide modifié par malaria *après une 2e ponction.*

Albumine :	devenue normale	28
	diminuée	21
	demeurée au même taux	3
	augmentée	3
Cytologie :	devenue normale	19
	diminuée	34
	demeurée au même taux	2
	augmentée	1
Pandy :	devenu négatif	7
	devenu subpositif	2
	demeuré +	12

W. :	devenu négatif	10
	— subpositif	9
	demeuré +	29
	demeuré négatif	1
	(malade antér. traité au stovarsol).	
Benjoin :	négatif	7
	devenu subpositif	23
	demeuré positif	4

Le liquide céphalo-rachidien s'est montré altéré dans un assez grand nombre de cas d'hérédo-syphilis précoce : tension souvent augmentée (1/3 des cas), hyperleucocytose dans les 2/3 des cas avec augmentatin des mononucléaires moyens et présence de plasmazellen dans les formes sévères ; dans 1/3 des cas, augmentation de l'albumine, avec réaction de Nonne-Apelt, fortement positive parfois. La réaction de B.-W. n'est positive que dans un nombre minime de cas, sauf dans les formes très avancées.

Dans l'hérédo-syphilis tardive, les réactions anormales du L. C.-R. sont très variables suivant les cas, et il n'est pas possible d'établir des règles générales.

II. Il existe une catégorie encore mal connue d'encéphalites, distinctes de la névraxite épidémique, simulant parfois les tumeurs cérébrales se traduisant par des symptômes variables dans le temps et dans leur intensité. Ces affections désignées souvent par les noms d'auteurs (leucoencéphalite progressive de Claude et Lhermitte, maladie de Pick, maladie de Schilder, etc...) ne présentent pas, le plus souvent, de modifications du liquide céphalo-rachidien, sauf au cours de poussées évolutives dans lesquelles on peut noter une légère albuminose, et une élévation passagère de la tension du L. C.-R. Il en est de même des affections plus voisines des psychoses que l'on tend à individualiser sous le nom de psycho-encéphalites : anxieuses, catatoniques : effort louable pour trouver une base organique à des états fonctionnels, considérés jusqu'à présent comme simplement d'origine psychogène, mais dont la démonstration réclame de nouvelles recherches. Les indications tirées de l'étude du liquide céphalo-rachidien n'en sont pas moins précieuses : réactions légères au cours des accès évolutifs, surtout du type protéique avec légère hypertension coïncidant avec des modifications sanguines. Au début, hyperalbuminose isolée ou albuminose légère avec leucocytose, parfois leuco-

cytose simple. Dans 60 0/0 des cas d'ailleurs, le liquide était normal.

Enfin, dans le groupe encore imprécis des syndromes confusionnels, à début souvent fébrile, voisinant avec les formes de la démence précoce hébéphréno-catatonique, les résultats fournis par l'étude du liquide céphalo-rachidien sont variables et, le plus souvent, négatifs. Là aussi il s'agit de formes d'encéphalites à poussées évolutives, avec des rémissions plus ou moins longues, associées à des troubles profonds de l'état général et les constatations faites dans le liquide céphalo-rachidien demanderaient à être répétées souvent dans le cours de la maladie pour donner des indications vraiment utiles. C'est dans cette étude répétée du liquide C.-R. que l'on pourra trouver sans doute des éléments de nature à nous renseigner sur la pathogénie de ces affections.

Dans 43 cas de confusion mentale observés à la Clinique, la tension céphalo-rachidienne a été trouvée au voisinage de la normale. L'albumine n'a dépassé 0,20 que dans les cas compliqués d'éléments infectieux ou syphilitiques. La lymphocytose n'a dépassé 1, pour osciller entre 1 et 3, que dans 11 cas.

Dans les formes classiques de la D. P. simple, hébéphrénique, catatonique comme dans les psychoses paranoïdes, les investigations ont montré en général un L. C.-R. normal. C'est du moins ce que les statistiques de nombreuses ponctions lombaires nous ont démontré. A noter toutefois que dans certains cas on a vu une légère lymphocytose et que la tension prise dans des conditions absolues de calme et de tranquillité s'est montrée élevée, pour redescendre après un certain temps d'attente à un chiffre voisin de la normale. Il s'agit vraisemblablement d'un de ces troubles vaso-moteurs modifiant la régulation circulatoire et la tension du L. C.-R., développé sous l'influence de ces « réactions émotives internes » propres aux D. P.

Le quotient albuminique : $\frac{\text{albumine}}{\text{globulines}}$ de Kafka serait probablement augmenté dans la D. P., plus que dans la P. G., mais moins que dans les tumeurs cérébrales et dans l'encéphalite épidémique. Le taux de la cholestérine a été trouvé plus élevé. La perméabilité méningée, recherchée par la méthode au bromure de sodium de Walther, a été trouvée diminuée, ce qui semblerait indiquer que la barrière hémato-encéphalique aurait une perméabilité diminuée.

Cette absence de caractères anormaux du L. C.-R. est peu favorable à la doctrine de von Monakow et de ses collaborateurs qui admettent que la lésion des plexus choroïdes (non retrouvée par Mme Zand) est la cause principale de la D. P. et serait plus caractéristique que celles de l'écorce cérébrale.

La sclérose en plaques qui s'accompagne fréquemment de troubles cérébraux peut présenter une légère lymphocytose. La réaction de B.-W. est négative, mais la réaction du benjoin, parfois du type P. G., est parfois, au contraire, caractérisée par la floculation dissociée, c'est-à-dire se produisant dans les tubes 3 et 4, puis reprenant dans un nombre de tubes variables à droite.

III. Les troubles mentaux d'origine toxique se déroulent le plus souvent sans que le L. C.-R. traduise par des modifications un état cérébro-méningé inflammatoire. Dans les délire aigus de l'alcoolisme, tout au début de l'intoxication, on a trouvé de l'alcool dans le L. C.-R. ; l'alcool a disparu du L. C.-R. au bout de 24 heures ; quelques auteurs ont vu une réaction leucocytaire, mais, le plus souvent, à la période d'état des psychoses alcooliques, on ne trouve guère d'éléments pathologiques, à moins d'additions d'autres facteurs pathogènes tels que la syphilis, la tuberculose, ou des hémorragies cérébro-méningées. Les plexus choroïdes sont d'ailleurs peu altérés. La cholestérine a été trouvée augmentée dans le L. C.-R.

Dans le saturnisme qui peut donner naissance à des troubles psychopathiques d'une classification encore imprécise, on aurait constaté une réaction méningée notamment une lymphocytose intense qui a permis de parler de Pseudo-P. G. saturnine. Des investigations complémentaires sont nécessaires.

L'urémie nerveuse pourrait s'accompagner d'états méningés avec polynucléose, mais on a observé des troubles psychiques chez des urémiques dont le L. C.-R. ne renfermait pas d'éléments figurés. La présence d'urée est seule caractéristique pourvu que le taux atteigne 0,1 0/0 et surtout dépasse ce chiffre, pouvant s'élever jusqu'à 0,4 gr. ; l'élévation du chiffre de la tension, du glucose et du chlorure de sodium se montre également surtout dans les cas d'accidents nerveux avec dyspnée.

La malaria chronique ne provoque pas de modifications importantes du L. C.-R. Au cours des accès aigus de malaria, on a constaté l'hypertension, l'augmentation de la glycorachie, parfois l'hyperalbuminose et la lymphocytose. Ces modifica-

tions s'expliquent par la congestion des méninges et des plexus choroïdes qui a été notée, et rendent compte des troubles psychiques, en général passagers, de la malaria aiguë.

Dans l'acétonémie infantile sans glycosurie, qui se traduit par les convulsions, de la confusion, du délire, et parfois un syndrome méningé, l'acétone se trouve parfois en proportion plus grande que dans l'urine. On observe de la lymphocytose avec hyperalbuminose, qui peut orienter le diagnostic vers la méningite tuberculeuse. Mais dans celle-ci l'acétone fait défaut dans le L. C.-R.

IV. Les psychoses constitutionnelles : manie, mélancolie, psychoses hallucinatoires, délires d'interprétation et d'influence, bouffées délirantes, etc., ne s'accompagnent pas de modifications des éléments constituants habituels du L. C.-R. dans les formes primitives, mais dans certains cas il ne s'agit que de syndromes maniaques, mélancoliques, hallucinatoires, symptômatiques d'affections organiques ou toxiques dont les caractères essentiels restent latents. C'est alors que l'examen du L. C.-R. peut fournir des indications utiles.

On a signalé, par exemple, des syndromes mélancoliques qui étaient provoqués par l'infection méningo-coccique avec liquide céphalo-rachidien purulent, contenant des méningocoques. Le traitement sérothérapique faisait disparaître le trouble mélancolique.

J'ai relaté l'histoire d'un syndrome hallucinatoire en rapport avec des crises d'hypertension intracranienne, consécutives à un réveil de paludisme.

L'hypertension rachidienne relative qui accompagne la période menstruelle peut déterminer ou aggraver certains phénomènes d'excitation psychique périodique.

Chez un périodique l'apparition d'une néphrite azotémique peut faire réapparaître une crise de mélancolie grave, et le liquide céphalo-rachidien présente une augmentation de l'albumine et de l'urée.

Il y aurait lieu de poursuivre d'une façon méthodique par des examens répétés l'étude bio-chimique du L. C.-R., au cours de ces psychoses constitutionnelles.

Ces réserves faites, signalons que, dans la mélancolie chronique, Ravaut et Laignel-Lavastine, Schiff et Courtois ont observé des taux d'albumine dans le L. C.-R. de 40 à 50 0/00 ; que, dans la mélancolie anxieuse, dans un tiers des cas, les recherches thermo-électriques ont montré à Schiff que la température du L. C.-R. était abaissée.

Dans la manie, au cours de la phase aiguë, nous n'avons trouvé un taux d'albumine de 0,40 que dans 3 cas sur 19, et la lymphocytose n'a guère dépassé 1 que dans un cas.

Chez les débiles délirants ou avec troubles du caractère, nous n'avons pas trouvé de caractères anormaux du L. C.-R. Il en fut de même pour la plupart des déséquilibrés, sans tare épileptique, pour les délirants hallucinés. A signaler toutefois que, dans la psychose hallucinatoire les recherches thermo-électriques auraient indiqué, dans 4 cas sur 5, une élévation de la température différentielle (Schiff).

Dans les états schizophréniques ou schizomaniaques, le liquide céphalo-rachidien nous est apparu normal. Il en fut de même dans les psychoses paranoïdes et les délires chroniques.

V. L'épilepsie est un champ d'observations multiples et les constatations faites dans les diverses formes ont donné des résultats assez contradictoires. En dehors des crises on n'a pas constaté de variations de tension du liquide ayant un caractère constant. Nous avons constaté des chiffres de 12 à 36 (couché). A l'occasion des crises, et même après celles-ci, la pression augmente, mais cette augmentation n'est ni très élevée, ni très durable. Pendant la crise l'augmentation de pression d'origine mécanique est sans valeur séméiologique.

On a beaucoup parlé de la présence de choline dans le liquide des épileptiques. Cette notion est très discutable, car les résultats obtenus par une technique chimique très délicate, sont contradictoires. Il y aurait augmentation des phosphates.

La leucocytose n'a été constatée que dans les cas d'épilepsie symptomatique de lésions craniennes ou de processus méningo-encéphalitiques. Dans les formes pures nous n'avons trouvé que 0,9 en moyenne. L'albuminose fait également défaut (0,24 en moyenne dans nos cas). Le liquide recueilli après une crise serait toxique par injection intra-cérébrale chez le cobaye. La réaction de B.-W. a été trouvée dans nos cas d'épilepsie essentielle toujours négative, ainsi que la réaction du benjoin.

Dans les autres affections convulsives, hystérie, hystéro-épilepsie, tétanie, accompagnées de troubles mentaux, il n'a pas été constaté de modifications importantes du L. C.-R.

Dans les psychoses traumatiques avec ou sans épilepsie l'albumine a été trouvée en général en quantité plus élevée (0,30 à 0,50) et la lymphocytose modérée (3 à 5) indiquait aussi une certaine réaction méningée. Dans les états post-com-

motionnels avec céphalée, vertiges, émotivité anormale, troubles de la mémoire, la tension s'est montrée également un peu plus élévée, ainsi que le taux de l'albuminose.

Conclusions. — En dehors des maladies mentales dans lesquelles une origine infectieuse nette peut être invoquée (syphilis, tuberculose, infections banales ou spécifiques épidémiques), ou dans lesquelles une lésion anatomique destructive (tumeurs, hémorragies, ramollissement), peut être décelée, les éléments constitutifs ordinaires du L. C.-R. sont peu modifiés. Dans les psychoses et même dans les encéphalites caractérisées par l'atrophie progressive des éléments nobles, le L. C.-R. n'est pas altéré, du moins à en juger par les méthodes d'investigation habituelles. Il conviendrait donc de diriger les recherches, soit du côté des variations de la perméabilité méningée expérimentale, soit du côté de l'étude de corps tels que la mucine, les substances colloïdes, d'analyser les variations des chlorures, des phosphates et du calcium dans leur rapport avec les mêmes éléments du sang et de l'organisme en général, toutes recherches qui n'ont été qu'ébauchées à l'heure actuelle.

DISCUSSION DU RAPPORT DE PSYCHIATRIE

M. le Professeur Abadie remercie très chaleureusement et félicite vivement le professeur Claude de son magistral exposé. Il déclare ouverte la discussion.

M. le professeur Euzière, doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier, rend hommage à la clarté de l'exposé du professeur Claude. Il lui paraît impossible en si peu de pages de dire plus de chose et plus clairement. Il insiste personnellement sur la fréquence relative des réactions observées dans le L. C.-R. de malades qui, au point de vue clinique, paraissent être des psychoses constitutionnelles. Ce sont, le plus souvent, des augmentations très notables de l'albumine rachidienne, atteignant facilement les chiffres de 0,60, 0,80 0/00.

En second lieu, il tient à rapporter les résultats donnés par la recherche systématique de la mucine dans le liquide céphalo-rachidien. Il est impossible, à l'heure actuelle, de décrire un ou plusieurs types cliniques caractérisés par la présence de mucine dans le L. C.-R. Mais il importe de savoir qu'il y a des cas où toutes les recherches pratiquées sur le liquide céphalo-rachidien sont négatives et où l'on peut y découvrir de la mucine. Ces cas ont parfois un intérêt médico-légal. Ils montrent en tous cas qu'on ne peut pas conclure à la normalité du liquide céphalo-rachidien si on ne s'est pas assuré de l'absence de mucine.

M. D. Anglade (de Bordeaux). — A l'énumération des affections cérébrales qui s'accompagnent de modifications du liquide céphalo-rachidien, il y a lieu d'ajouter la maladie du sommeil que j'ai vu réaliser le syndrome de la paralysie générale, y compris la lymphocytose et l'albuminose massives dans ce liquide. A cela près, je suis de l'avis de M. Claude, qui pense que le principal intérêt de l'étude du liquide céphalo-rachidien réside, à l'heure actuelle, dans la constatation de ce qui se passe chez les sujets atteints de syphilis nerveuse.

Je ne veux envisager ici qu'un point particulier de cette importante question.

Partant de ce fait incontestable que de nombreux syphilitiques, à la période secondaire de leur infection, accusent de la lymphocytose et de l'albuminose du liquide céphalo-rachidien, M. Claude propose d'adopter la manière de voir de Ravaut, qui conseille d'exercer une surveillance sur cette réaction afin de mieux dépister les premiers symptômes d'une paralysie générale. Surveillance laborieuse, il faut le reconnaître, car on voit d'ordinaire s'écouler de 10 à 15 années entre le moment où le sujet s'infecte et celui où il devient paralytique. J'admettrais toutefois que le syphilitique fut soumis à la ponction lombaire régulièrement, pendant 10 ou 15 ans, si après avoir présenté une réaction dans son liquide céphalo-rachidien à la période secondaire de sa syphilis, il était sérieusement menacé de cette maladie redoutable entre toutes qu'est la paralysie générale.

Je ne pense pas qu'il en soit ainsi et voici pourquoi. Quelle que soit la fréquence de la réaction albumino-lymphocytaire dans la paralysie générale, l'observation prouve qu'elle n'y est pas absolument constante. Il y a une paralysie générale sans méningite. C'est le titre de la thèse du D[r] R. Anglade et M. Claude en a confirmé les conclusions. Quand la réaction existe, elle se montre d'emblée avec son maximum d'intensité et sans parallélisme avec l'importance des symptômes cliniques. On la voit souvent s'atténuer à mesure que ceux-ci s'aggravent. Bref, il n'est pas établi qu'une réaction méningée banale de syphilis secondaire précède de près ou de loin la réaction qu'on observe dans la paralysie générale confirmée. Et ceci s'applique au tabès.

D'autre part, l'observation démontre que dans la syphilis cérébrale proprement dite, la réaction méningée est tout aussi capricieuse. En sorte qu'après avoir cru, moi aussi, longtemps, que la syphilis s'introduisait dans le système nerveux cérébro-spinal par la voie du liquide céphalo-rachidien, j'en suis arrivé à la conviction que ce liquide prend part aux altérations nerveuses habituellement, sans les précéder obligatoirement ni donner la mesure de leur étendue ou de leur gravité.

Et, à ce propos, il me sera permis de développer des considérations que j'ai énoncées déjà et sur lesquelles il me semble opportun d'insister.

Nous raisonnons comme si cette nouvelle venue qu'est dans le cadre de la syphilis nerveuse, la paralysie générale, y trouvait sa place tout naturellement, sans réserves. Et pourtant,

entre la syphilis cérébrale, appelons la neurologique, qui se caractérise par des claudications de toute sorte, parésies, paralysies partielles, par l'absence ou la bénignité de troubles mentaux, par des lésions vasculaires, endartérite oblitérante, ruptures, etc..., entre cette syphilis cérébrale et celle de la paralysie générale où les symptômes sont avant tout d'ordre psychopathique, où les atteintes des vaisseaux se réduisent à de l'adventicité il y a, ce me semble, un fossé profond que ne saurait combler une réaction méningée commune. L'expérience prouve qu'on ne passe pas de l'une à l'autre couramment, et je crois que si une réaction méningée précoce chez un syphilitique peut faire redouter quelque chose c'est, plutôt qu'une paralysie générale, l'évolution ultérieure d'une syphilis vasculaire à manifestations neurologiques souvent curables par la thérapeutique spécifique.

A méconnaître ces données essentielles, on risque de verser trop aisément au compte des symptômes avant-coureurs de paralysie générale une réaction méningée qui n'a pas cette signification et sous prétexte d'instituer un traitement précoce, d'appliquer des moyens de désespoir, comme la malariathérapie ou la pyrétothérapie en général, à une forme de syphilis cérébrale qui peut ne pas l'exiger. Le danger apparaît d'autant plus réel que les tendances actuelles s'orientent vers l'organisation de centres de malariathérapie dont quelques-uns risquent de n'être pas dirigés par des psychiatres. Or, il ne faut pas oublier que la paralysie générale est par-dessus tout une maladie mentale. Il n'y a point de paralysie générale là où il n'y a pas une défaillance de l'esprit. Et cette défaillance n'est pas toujours aisément reconnaissable. Lorsqu'elle existe et alors seulement on est autorisé à entreprendre des thérapeutiques périlleuses.

M. Alexander (de Bruxelles). — Parmi les moyens de diagnostic entre la paralysie générale et la syphilis nerveuse allergique, la comparaison entre l'intensité de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien est importante. Le rapport entre les nombres indiquant cette intensité, appelé par le Dr Dujardin, Index de perméabilité, est toujours supérieur à 1/10. Dans un grand nombre de cas, sa recherche a permis de déceler, plusieurs années avant les troubles mentaux, les syphilitiques qui allaient devenir des paralytiques généraux.

Chez ces sujets, le traitement spécifique, même intensif, peut amener une modification du Bordet-Wassermann du sang, mais est sans action sur celui du liquide céphalo-rachidien.

On peut trouver des malades présentant un syndrome physique et mental de démence paralytique, mais chez lesquels le liquide céphalo-rachidien et le sang donnent un Bordet-Wassermann négatif. Ce sont généralement des cas de tabo-paralysie, qui ont évolué très lentement ; les anticorps caractéristiques de la réaction ont disparu ; on peut, dans certains cas, les faire reparaître dans le liquide en provoquant, par l'injection intra-veineuse d'héxaméthylène tétramine ou l'injection intra-rachidienne d'eau distillée, par exemple, une exagération de la perméabilité méningée.

M. Calmettes (de Naugeat-Limoges), a vu, pendant la guerre, des réactions hyperalbumineuses fréquentes, aussi bien sur le front qu'à Naugeat. Chez les sujets atteints de psychose constitutionnelle, le liquide était en général normal. C'est dans les syndromes confusionnels avec infection, fièvre, insuffisance hépato-rénale qu'on observait souvent cette hyperalbuminose. M. Calmettes rapporte un cas dans lequel la constatation d'une hyperalbuminose à 0,95 et d'une poussée urémique chez un déserteur a eu une importance médico-légale. Depuis la guerre, ces hyperalbuminoses apparaissent beaucoup moins fréquentes. Les délires aiguës observés ces dernières années par M. Calmettes s'accompagnaient d'un état normal du liquide céphalo-rachidien.

Réponse de M. le Professeur Henri Claude

M. Claude remercie les orateurs et constate que, comme lui, ils ont fait porter tout l'intérêt sur la question du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis nerveuse et la paralysie générale. Il n'est pas douteux que ces deux affections soient foncièrement différentes, comme le dit M. Anglade. Cependant, on se trouve quelquefois en présence de cas-limites fort embarrassants au point de vue clinique. Dans ces cas, l'étude du liquide céphalo-rachidien est particulièrement utile.

Une question capitale est celle de savoir si l'étude du liquide céphalo-rachidien peut permettre de prévoir la paralysie

générale. C'est une question extrêmement importante au point de vue de la conduite à tenir. M. Anglade répond par la négative. M. Alexander répond positivement. Il y a lieu de préciser les cas. On se trouve quelquefois en présence, chez des syphilitiques qui ne présentent pas de signes cliniques, neurologiques ou psychiques, de liquides anormaux. Que deviendront ces sujets et quelle conduite faut-il adopter ? M. Alexander a parlé de l'indice de perméabilité méningée, qui lui a permis, avec M. Dujardin, de prévoir la paralysie générale dans des conditions vraiment impressionnantes. C'est peut-être là la bonne voie. En tous les cas, on rencontre en clinique des cas vraiment extraordinaires. Ainsi, une malade de Ste-Anne présentait un syndrome psychique et neurologique typique de paralysie générale ; son liquide céphalo-rachidien était normal, mais on a constaté chez le mari un tabès avec réactions humorales. On a alors impaludé la femme et obtenu une amélioration manifeste. De tels cas sont bien troublants.

Il y a des sujets qui n'ont pas de signes psychiques de paralysie générale et qui ont un liquide franchement anormal, dans le sens paralytique s'entend. Faut-il les traiter par la chimiothérapie ? Certes. Faut-il aussi les impaluder. M. Claude est sur ce point plus audacieux que M. Anglade. Il ne croit pas qu'il faille attendre l'éclosion de troubles psychiques pour instituer le traitement par la malaria. Il a la malariathérapie bien en main et la met en œuvre plus précocement qu'autrefois, avant que les cellules nerveuses aient eu le temps de s'atrophier.

DEUXIEME RAPPORT

RAPPORT DE NEUROLOGIE

ET

DISCUSSION

LES RÉFLEXES DE POSTURE ÉLÉMENTAIRES

Rapport de

M. le Dr **Paul DELMAS-MARSALET**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux

LES RÉFLEXES DE POSTURE ÉLÉMENTAIRES

INTRODUCTION

LA NOTION DE RÉFLEXE DE POSTURE HISTORIQUE ET ETAT ACTUEL DE LA QUESTION

La manière la plus claire d'aborder le sujet qui nous occupe est de procéder objectivement. Une notion générale des réflexes de posture ne saurait donc s'acquérir d'emblée et quelques explications sont indispensables.

Le germe même de cette notion se trouve dans le fait très simple que nous allons exposer (1) :

Supposons un sujet normal placé en décubitus dorsal et dans le relâchement le plus complet ; portons progressivement le pied en flexion dorsale et rotation interne, c'est-à-dire dans la position que déterminerait la contraction active du jambier antérieur. Il semblerait qu'une telle manœuvre dût relâcher le muscle jambier puisqu'elle en rapproche passivement les insertions ; or, c'est le contraire qui se produit et l'on voit, au bout d'un instant, se contracter le jambier antérieur dont le tendon fait saillie sous la peau. Abandonnons maintenant le pied à lui-même : la contraction du muscle persiste un peu, tendant à fixer la position que l'on avait déterminée ; ensuite, le pied retombe en extension.

La manœuvre précédente nous révèle donc que la flexion passive imprimée au pied fait naître dans le muscle qui réalise normalement cette position, une activité tonique spéciale ; cette activité involontaire tend à maintenir l'attitude imposée au pied. Le fait ainsi mis en évidence constitue pré-

---

(1) Foix et Thévenard. — Les réflexes de posture. *Revue Neurologique*, n° 5, mai 1923.

cisément le *réflexe de posture du jambier antérieur* de Foix et Thévenard ; il ne saurait être confondu avec la contraction active du muscle jambier qu'exécute parfois un sujet non relâché pendant le mouvement passif qu'on lui impose.

Ce réflexe du jambier antérieur n'est pas propre à ce muscle et bien d'autres le manifestent lorsqu'ils y sont sollicités. Si, par exemple, la flexion passive du pied se fait non plus en rotation interne, mais en rotation externe, c'est le jambier postérieur qui présente le phénomène du réflexe de posture ; dans le cas de flexion du pied sans aucune rotation, les extenseurs des orteils sont le siège du même phénomène. De même encore l'inclinaison du pied en dehors fait-elle apparaître un réflexe de posture au niveau des péroniers latéraux. Comme on le voit, chaque mouvement passif a déterminé la contraction tonique des muscles qui, normalement, réalisent activement la nouvelle attitude imposée au membre (Foix et Thévenard).

Des phénomènes de même ordre s'observent au niveau des muscles postérieurs de la cuisse par flexion passive et saccadée du genou : à chaque flexion nouvelle répond une contraction tonique de ces muscles qui tend à fixer la position imposée.

Aux membres supérieurs, la flexion passive de l'avant-bras sur le bras provoque la contraction tonique du groupe biceps brachial antérieur; l'extension modérée fait apparaître identiquement le réflexe de posture du triceps.

Au niveau du poignet, la flexion et l'extension passive font apparaître des contractions toniques des muscles fléchisseurs et extenseurs.

Les muscles du cou, de l'épaule, de la hanche, réagissent semblablement lorsqu'ils sont sollicités dans les mêmes conditions.

Le phénomène du réflexe de posture paraît donc être très général comme l'ont si bien montré Foix et Thévenard. Toutefois quelques remarques méritent d'être présentées :

1° Les mouvements passifs par lesquels on recherche les réflexes de posture ne doivent pas atteindre une amplitude anormale : la simple flexion aux environs de l'angle droit suffit pour les réflexes de posture des muscles du pied, de la cuisse, du bras et de l'avant-bras.

2° Il existe des muscles comme le triceps sural, le quadri-

ceps fémoral, les petits muscles de la main qui ne donnent lieu qu'à des réflexes de posture extrêmement faibles.

3° Cliniquement, chez l'homme normal, trois réflexes de posture sont facilement utilisables : ce sont ceux du jambier antérieur, des muscles postérieurs de la cuisse, du biceps.

Ces faits étant exposés, s'éclaire maintenant la définition générale des réflexes de posture, donnée par Foix et Thévenard : « Lorsque chez un sujet normal on modifie passive- « ment la position d'une articulation, il se produit dans les « muscles, qui, normalement, règlent cette position, un état « de contraction tonique qui tend à fixer la nouvelle attitude. » Nous verrons comment, à notre avis, cette définition doit être élargie.

HISTORIQUE ET POSITION ACTUELLE DE LA QUESTION

Si, avec Foix et Thévenard, on considère strictement comme réflexe de posture la contraction tonique d'un muscle dont les insertions sont passivement et lentement rapprochées, les auteurs qui se sont occupés de ce phénomène ne sont pas très nombreux. Mais si, comme nous le pensons, le terme de réflexe de posture doit s'étendre à des phénomènes qui s'écartent un peu de la définition précédente, un groupe de nouveaux travaux s'ajoute. Si, enfin, des rapprochements peuvent être faits entre les phénomènes précédents et des faits particuliers d'ordre expérimental, un troisième groupe d'auteurs surgit.

En tenant compte de ces idées directrices, il nous semble qu'un *historique raisonné* de la question doit envisager trois catégories de travaux :

1° Travaux répondant à la définition stricte des réflexes de posture donnés par Foix et Thévenard.

2° Travaux relatifs à des phénomènes comparables aux réflexes de posture, mais s'écartant plus ou moins de leur définition stricte.

3° Travaux expérimentaux relatifs à des réflexes musculaires particuliers observés sur les animaux et présentant quelque ressemblance avec les précédents.

Les faits se trouvant ainsi nettement classés, il nous sera plus facile de présenter les questions, toujours délicates, de

priorité, d'analogie ou d'identité, relatives aux phénomènes étudiés par les différents auteurs.

1° Travaux répondant à la définition stricte des réflexes de posture de Foix et Thévenard :

C'est à Westphall (1878) (1) que l'on doit la première mention du phénomène qui nous occupe. Il avait signalé, sous le nom de « contraction paradoxale », l'aptitude de certains muscles à se contracter par les manœuvres que nous avons décrites. Il avait observé ce phénomène dans un cas de pseudosclérose (dont nous connaissons aujourd'hui la parenté avec les états Wilsoniens) et ultérieurement dans la maladie de Parkinson et des tabes (?) anormaux.

Westphall a donc décrit la contraction paradoxale comme un fait pathologique et non comme l'exagération d'un phénomène normal.

L'observation clinique de Westphall n'eut que peu de ralentissement et Oppenheim (2) pouvait écrire que « le symptôme observé ne paraît pas avoir grande importance ».

En 1880, Brissaud et Richet (3) constatent que chez certains hystériques l'allongement passif du bras détermine la contraction du triceps. Il s'agissait là, comme le pensent Foix et Thévenard, d'un réflexe de posture normal, peut-être exagéré par la suggestibililité particulière aux pithiatiques. La contraction paradoxale est encore notée par Mendelsson, Erlenmayer (4), en 1881, dans quelques cas pathologiques.

L'apparition des séquelles hypertoniques de l'encéphalite épidémique a eu pour effet de remettre en honneur l'étude de la contraction paradoxale. Strumpell, en 1920, l'étudie à nouveau chez les parkinsoniens sous le terme de « rigidité de fixation ».

En fait, l'étude systématique du phénomène ne commence véritablement qu'avec Foix (1921) (5) et Thévenard (1922) (6) (1923) (7).

Foix et Thévenard donnent au phénomène décrit par West-

---

(1) Westphall (C). — *Archiv. fur Psychiatrie*, 1878, Bd 9 p. 788. 1883, Bd 14, p. 87. 1919, Bd 60, p. 361.
(2) Cité d'après Goldflam. Paradoxe contraction. *Zeitschr. fur die Gesamte Neur. und Psychiat.*, 1922.
(3) Faits pour servir à l'histoire des contractures. *Prog. Méd.*, 1880, p. 365.
(4) *Centralblatt. für Nervenheil kunde*, 1880, n° 7, p. 345.
(5) Réflexes toniques de posture. *Revue Neurol.*, 1921, p. 840 et 1130.
(6) Les réflexes de posture. *Presse Médicale*, 1922, n° 71.
(7) Les réflexes de posture. *Revue Neurol.*, mai 1923, n° 5.

phall le nom de réflexe de posture ; ils ont le gros mérite de montrer qu'il s'agit là d'un phénomène normal se produisant dans les divers muscles ; ils en étudient les caractères graphiques et électriques, établissent la valeur sémiologique de son abolition et de son exagération, son rôle dans le tonus pathologique, sa signification physiologique. Foix et Thévenard séparent nettement le phénomène appelé par eux réflexe de posture de phénomènes voisins ou concomitants qui seront précisément décrits dans le deuxième groupe de travaux distingué par nous.

Delmas-Marsalet (1925-26-27) (1) reprend la question au point de vue clinique, pharmacodynamique et physiologique. Il établit la notion du « temps de détente des réflexes de posture » et en fait un test de leur intensité ; il démontre l'action élective de la scopolamine sur les réflexes de posture et celle de nombreux alcaloïdes ; il établit les modifications des réflexes de posture en fonction des mouvements actifs et passifs et de l'attitude générale du corps. Ses recherches le conduisent à faire entrer dans le cadre des réflexes de posture des réactions musculaires qui ne répondent plus strictement à la définition de Foix et Thévenard et qui correspondent à certains faits du chapitre suivant.

2° Travaux relatifs à des phénomènes comparables aux réflexes de posture, mais s'écartant plus ou moins de leur définition stricte :

Les manœuvres par lesquelles on recherche les réflexes de posture peuvent faire apparaître, aux lieu et place de ceux-ci, des types de réaction musculaire qui en diffèrent sensiblement. Si, en effet, on recherche le réflexe de posture par un mouvement passif, non plus lent et soutenu, mais brusque, on obtient une contraction brève constituant le « shortening reflexe » de Salomonson (1913) (2), que son auteur sépare de la contraction paradoxale.

Avec Goldflam (1922) (3) intervient un autre type de réaction. L'auteur considère que si l'on recherche la contraction paradoxale de Westphall en imposant aux muscles le rappro-

---

(1) *Notes à la Société de Biologie*, 1925, t. XCIII, p. 1516 et 1519. 1926, T. XCIV, p. 1153 et 1156, T. XCV, p. 1351 et 1561.

Les réflexes de posture élémentaires, 1927, Masson et Cie éditeurs. Sté de Neurologie de Paris, 1er déc. 1927. *Rev. Neurol.*, n° 6, déc. 1927.

(2) On a shortening reflex. *Koninkligke Académie van Wettenschappen te Amsterdam*, 22 juillet 1913.

(3) Paradoxe contraction. *Z. f. d. G. Neur. und Psych.* 1922.

chement *maximum* de leurs points d'insertion, il ne se produit aucune contraction active. La contraction n'apparaît que lorsque cesse la violence faite au segment de membres, c'est-à-dire lorsque se produit un certain allongement du muscle étudié. Il résulte de tout ceci que la contraction paradoxale telle que l'entend Goldflam est une réaction du muscle à l'allongement qui suit un raccourcissement passif préalable et non une contraction pendant le maintien du raccourcissement. Cette manifestation diffère donc de la définition du réflexe de posture donnée par Foix et Thévenard ; ceci n'empêche pas Goldflam d'aboutir, quant à la valeur séméiologique de son réflexe, à des conclusions identiques à celles que Foix et Thévenard formulent pour le leur.

Nous verrons ultérieurement si ces divers phénomènes ne sont pas des expressions différentes d'une seule et même chose et s'il n'y a pas lieu d'élargir la définition des réflexes de posture donnée par Foix et Thévenard.

3° Travaux expérimentaux relatifs à des réflexes musculaires particuliers observés sur les animaux et présentant quelques ressemblances avec les précédents :

Ici se placent les travaux fondamentaux de Sherrington (1897) (1) sur la *rigidité de décérébration,* état dans lequel la transection expérimentale du mésocéphale fait apparaître des phénomènes particuliers de rigidité musculaire. Les animaux en expérience présentent une rigidité des extenseurs qui permet encore la station debout contrairement à ce qui se produit dans les sections médullaires ; si l'on mobilise passivement les articulations de ces animaux, il se produit dans les muscles raccourcis une contraction de raccourcissement (shortening contraction) et dans les muscles allongés une contraction inverse (lenghtening contraction). Il s'agit là pour Sherrington de phénomènes proprioceptifs que Foix et Thévenard apparentent aux réflexes de posture. Cette étude de la rigidité de décérébration a été poursuivie par Bazet et Penfield, Cobb, Baisby et Holtz, Dusser de Barenne, Head, Hunt, Lhermitte, Magnus, Walshe, Delmas-Marsalet.

Tels sont les faits qui se dégagent de cette étude historique; ils nous serviront de base fondamentale pour l'intelligence de

---

(1) Decerebrate rigidity and reflex coordination of movements. *Journal of physiology* 1897, vol. 22, p. 319.

tout ce qui suit ; ils éclaireront les discussions doctrinales et les constatations tangibles.

Nous ne saurions toutefois abandonner ce chapitre sans faire disparaître une confusion de terme qui pourrait s'établir dans l'esprit du lecteur.

Durant ces dix dernières années, la « physiologie de l'attitude » s'est enrichie des remarquables travaux de Magnus et de Kleyn et l'on a pris l'habitude, dans les pays de langue française, de désigner sous le nom de réflexes de posture les phénomènes décrits par ces auteurs et qui ne sont pas ceux que nous étudions aujourd'hui. Les réflexes de posture de Magnus et de Kleyn (1) sont en effet constitués par des réactions cloniques ou toniques des muscles en réponse à des excitations cinétiques ou statiques des labyrinthes, à des excitations mécaniques de la région cervicale ou du tronc. Il y a donc un gros inconvénient à confondre sous un même terme des faits dissemblables.

Cette confusion avait probablement été entrevue par Foix et Thévenard qui, dans certains de leurs articles, appellent *Réflexes de posture locaux* les phénomènes qu'ils ont étudiés. Le terme de *local* paraît critiquable, car il semble impliquer que la contraction paradoxale est un phénomène régional indépendant de l'attitude générale du corps ou de toute autre influence. Nous verrons qu'il n'en est pas ainsi et c'est pourquoi Delmas-Marsalet a proposé d'appeler la contraction paradoxale et les phénomènes similaires des *réflexes de posture élémentaires* par opposition aux *réflexes de posture complexes* de Magnus et de Kleyn.

C'est ce terme de *réflexe de posture élémentaire* que nous adopterons sous l'abréviation de R. P. E.

CARACTÈRES INTRINSÈQUES DES RÉFLEXES DE POSTURE ELÉMENTAIRES CHEZ L'HOMME NORMAL

Les notions établies dans notre introduction nous dispensent de revenir sur la recherche clinique des réflexes de posture et nous passons tout de suite à leur étude détaillée. La méthode graphique nous sera ici d'un précieux secours.

---

(1) *Körperstellung*. Berlin. Springer 1924.

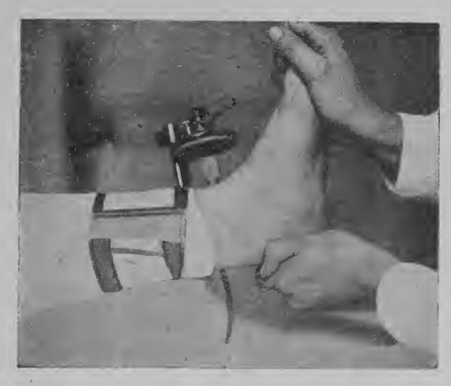


Fig. 1.

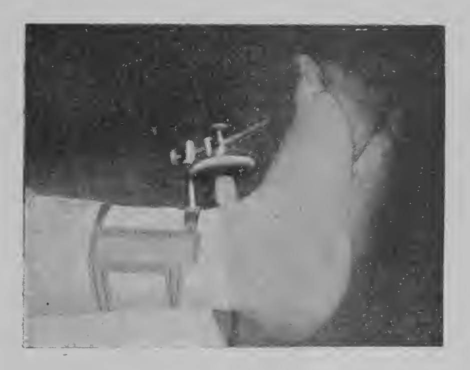


Fig. 2.

Caractères graphiques des réflexes de posture élémentaires. Les trois types de réflexes.

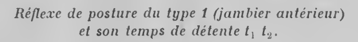
Il est assez facile d'enregistrer les R. P. E. avec un myographe de Marey placé sur le biceps ou le tendon du jambier anté-

rieur (fig. 1 et 2). Au niveau du jambier antérieur, Delmas-Marsalet obtient chez le sujet normal un premier type de tracé décomposable en trois parties (fig. 3).

1° une première partie constituée par un accident S_1 qui traduit le soulèvement passif imprimé au tendon jambier par la mise en flexion du pied.

2° une deuxième partie R_1 qui traduit la contraction du muscle jambier, c'est-à-dire le réflexe de posture proprement dit.

3° la troisième partie du tracé débute au moment précis L_1 où l'opérateur lâche le pied et lui permet de reprendre sa posi-


Réflexe de posture du type 1 (jambier antérieur) et son temps de détente t_1 t_2.

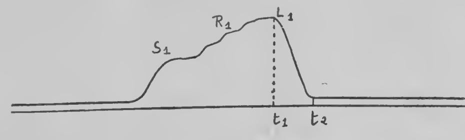


Fig. 3.

tion d'extension sur la jambe. Cette chute du pied met un certain temps à exécuter, car elle est ralentie par le réflexe de posture, lequel s'oppose momentanément à tout changement de position de l'article. Le retour du pied a sa position initiale demande un certain temps T_1-T_2 que Delmas-Marsalet a proposé de désigner sous le terme de « temps de détente du réflexe de posture » (1), et qui est de 2/5 de secondes chez le sujet normal étendu.

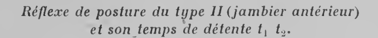
Le graphique ainsi obtenu correspond rigoureusement au réflexe de posture de Foix et Thévenard et nous le désignerons sous le nom de réflexe du type Foix et Thévenard ou type 1 des réflexes de posture.

Il s'en faut cependant que le réflexe et le tracé obtenus présentent toujours ce type déterminé. On peut en effet observer à l'état normal, aussi bien au niveau du jambier antérieur que des autres muscles, deux autres types de réactions.

Dans une deuxième éventualité, la flexion passive du pied

(1) *C. R. Sté de Biologie*, 1er déc. 1925, T. XCIII, p. 1516.

(habituellement forte), ne détermine aucune contraction du muscle étudié. La première partie du graphique se réduit au soulèvement passif S_2 du tendon. Ce n'est qu'au moment précis L_2 où l'opérateur lâche le pied que le jambier antérieur se contracte brusquement, fixe l'attitude et inscrit sa contraction R^2 : puis le muscle se décontractant, le pied reprend sa position initiale au bout d'un temps de détente T_1 T_2 qui est encore de 2/5 de seconde (fig. 4). Foix et Thévenard (1) avaient vu ce type de réflexe et pensaient qu'il est dû à un relâchement excessif imposé au muscle étudié, relâchement qui « dissimule » le R. P. E. Cette interprétation ne nous semble pas


Réflexe de posture du type II (jambier antérieur) et son temps de détente t_1 t_2.

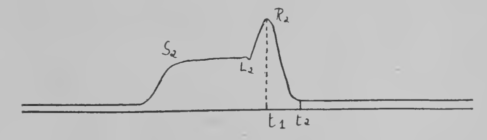


Fig. 4.

exacte, car elle n'explique pas la révélation *brusque* du réflexe prétendu dissimulé. Tout se passe comme si le réflexe se produisait non point pendant le raccourcissement du muscle, mais au début même de son allongement.

Il s'agit là, à notre avis, de la réaction étudiée par Goldflam (voir historique) et que nous désignerons sous le terme de *réflexe deposture du type Goldflam ou type 2 des réflexes de posture.*

Une troisième éventualité est enfin possible. Il peut arriver en effet que la recherche du R. P. E. donne un graphique comprenant un réflexe R_3 du type Foix et Thévenard auquel se surajoute au moment où on lâche le pied, une autre contraction R'_3 du type Goldflam. Le temps de détente chez l'homme normal étendu est encore en pareil cas de 2/5 de seconde. C'est là le type de réflexe décrit par Delmas-Marsalet ou *type 3 des réflexes de posture* (fig. 5).

(1) *R. N.*, n° 5, mai 1923, p. 453.

Comme on le voit, nous décrivons comme réflexes de posture les types 2 et 3 qui ne répondent plus à la définition stricte de Foix et Thévenard. Cette assimilation se base sur un très grand nombre de faits. Ces trois types de réflexes ont, en effet, un caractère commun qui est de fixer les attitudes; cette fixation se fait simplement à des moments différents : pendant que le muscle est raccourci pour le type 1, après le raccourcissement pour le type 2, pendant et après pour le type 3. Dans les trois cas, les temps de détente se montrent les mêmes. Ces divers types de réflexes peuvent être obtenus


Réflexe de posture du type III (jambier antérieur) et son temps de détente t_1 t_2.

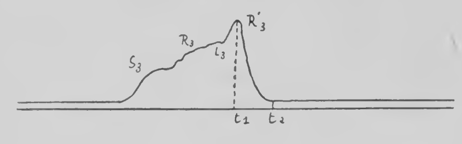


FIG. 5.

successivement chez un même sujet suivant que varient l'amplitude ou la rapidité du mouvement provoqué. Enfin ces trois types de réflexes suivent exactement les mêmes lois cliniques et pharmacodynamiques comme nous le verrons plus loin.

Ce qui paraît important dans l'étude de ces réflexes, c'est beaucoup moins leur forme que leur « temps de détente » que Delmas-Marsalet a proposé comme test de leur intensité, à l'état normal comme à l'état pathologique (1).

Nous verrons qu'il existe un parallélisme rigoureux entre l'intensité des R. P. E. et la valeur du temps de détente.

Caractères électromyographiques

Foix et Thévenard ont montré que leur réflexe de posture se traduit à l'électromètre à corde par une dénivellation de la ligne de repos avec quelques ondulations de Piper, Schwartz (2) a obtenu des courants d'action avec des oscillations fréquen-

(1) *C. R. Sté de Biologie*, 1er déc. 1925, T. XCIII, p. 1516.
(2) *Réunion neurologique de Strasbourg*, 13 avril 1929. *R. N.*, août 1929, p. 217.

tes. Claude et Baruk obtiennent des oscillations de la corde bien différentes de celles que fournit le mouvement volontaire (1).

Il convient donc de retenir de tout ce chapitre le groupement de trois types de réflexes que leurs auteurs tendaient à séparer ; cette doctrine uniciste se montre non seulement conforme à tout ce que va nous montrer la clinique et la pharmacodynamie, mais elle simplifie la recherche sémiologique des R. P. E. en ne considérant presque exclusivement que leur temps de détente, d'ailleurs appréciable par les seuls moyens cliniques. Les objections soulevées par cette manière de concevoir les réflexes de posture seront exposées et discutées au chapitre physiologique de ce rapport.

FACTEURS PHYSIOLOGIQUES MODIFIANT LES RÉFLEXES DE POSTURE ÉLÉMENTAIRES

Le réflexe de posture d'un muscle peut changer normalement de valeur dans des conditions qu'il importe nettement de préciser.

Influence de l'attitude générale du corps

Foix et Thévenard décrivent le réflexe de posture comme un phénomène purement local exerçant son action « en dehors de l'équilibre général du corps auquel il n'est qu'indirectement lié » (2).

Cette opinion ne semble pas exacte et Delmas-Marsalet a pu montrer que chez le normal et encore mieux chez le parkinsonien l'intensité de ce réflexe dépend de la position générale du corps (3). Ainsi le temps de détente du jambier antérieur qui est de 4/10 de seconde chez un sujet allongé devient: assis jambes pendantes 1/10 de seconde ; assis dans le fauteuil colonial 1/5 de sec. Des faits semblables se retrouvent au niveau du biceps dont le R. P. E., minimum dans le fauteuil colonial, augmente chez le sujet assis et encore plus chez le sujet debout non appuyé.

Ces faits sont encore plus nets chez le parkinsonien dont les

(1) Communication orale.
(2) Article « réflexes de posture » du nouveau traité de médecine,p. 602.
(3) *Rev. Neur.*, n° 6, déc. 1927. *Sté de Neur. de Paris*, 1er déc. 1927.

R. P. E. sont très exagérés comme nous le verrons plus loin ; leur temps de détente peut varier de 1 à 6 suivant l'attitude, qu'il s'agisse de réflexes du type 1, ou 2, ou 3.

Les variations des R. P. E. avec l'attitude ne se font pas d'une manière quelconque. Il semble bien que leur diminution soit d'autant plus grande que l'attitude prise est plus confortable et que l'effort qui la maintient est plus réduit. De là ce fait que les réflexes de posture diminuent dans le fauteuil colonial et que celui du jambier antérieur soit minimum si les jambes sont pendantes. Inversement, les attitudes fatigantes et les statiques litigieuses nécessitant une « vigilance musculaire » (Froment) plus grande entraînent « ipso facto » l'augmentation des R. P. E. De là les renforcements successifs des R. P. E., lorsque le sujet se tient successivement assis, appuyé, assis non appuyé, debout appuyé, debout sans appui (Delmas-Marsalet).

Les variations des R. P. E., avec l'attitude, se raccordent remarquablement bien avec les modifications que subit le tonus dans les mêmes conditions et dont nous devons la notion précise aux importants travaux de J. Froment et de ses élèves (1).

A vrai dire, ce sont les recherches de ces auteurs qui inspirèrent en partie les expériences de Delmas-Marsalet sur les effets de l'attitude.

Froment et ses élèves apprécient l'état du tonus par la résistance que fournit la mobilisation passive de l'articulation du poignet (test du poignet). Ils voient cette résistance diminuer lorsque le sujet est allongé dans le fauteuil colonial et augmenter de plus en plus pour les positions assis, debout, au comptoir, en Romberg. Les variations de résistance que l'on constate suivent dans le même sens que les réflexes de posture des muscles du poignet. Il est donc très probable que le test du poignet est un moyen d'apprécier les réflexes de posture. Toutefois, la raideur du poignet s'intensifie chez des sujets hémiplégiques, tabétiques ou cérébelleux lorsqu'on les met en statique ligitieuse. Or ces sujets ont des réflexes de posture abolis, comme nous le verrons plus loin ; il s'ensuit que le test du poignet n'explore pas seulement les réflexes de posture, mais d'autres influences stabilisatrices qui en diffèrent tout à fait.

---

(1) *Revue Neurologique*, 1926, T. I, p. 51, 53, 347, 350, 658, 664, 1206, 1214, T. II, p. 440, 445. 1927, T. I, p. 1064, 1068.
Sté de Biologie, 21 déc. 1925. *J. de Méd. de Lyon*, 20 déc. 1926 et 5 juin 1929.

Il résulte de tout ceci que, par des voies différentes, Froment et Delmas-Marsalet démontrent l'influence de l'attitude. Il convient donc de retenir que les réflexes de posture élémentaire ne sont pas des expressions fixes d'un état neuro-musculaire local, mais qu'ils se modifient avec l'attitude suivant des lois définies. On peut donc parler avec Froment de réflexes de postures au pluriel.

Influence des excitations labyrinthiques et de la position de la tête

S'inspirant des travaux si remarquables de Magnus et de Kleyn sur les réflexes toniques labyrinthiques, Delmas-Marsalet a pu voir que les excitations vestibulaires (caloriques, rotatoires, électriques) diminuent temporairement les R. P. E. Cette diminution n'apparaît pas immédiatement avec le nystagmus, mais au moment où l'impression de vertige est à son maximum. Chez le parkinsonien, dont les R. P. E. sont très exagérés, on voit diminuer le temps de détente en même temps que le malade se sent momentanément assoupli.

Schwartz et Guillaume ont montré que la position de la tête modifie l'intensité du R. P. E. du jambier antérieur. Celui-ci est augmenté si la face est en rotation du côté opposé et diminué si elle est tournée du même côté (1).

Influence de la mobilisation passive

La mobilisation prolongée et passive d'une articulation a pour effet de diminuer temporairement l'intensité des R. P. E. comme Delmas-Marsalet (2) l'a démontré. C'est d'ailleurs cette propriété que l'on utilise en clinique lorsqu'on mobilise le genou d'un sujet qui est raidi au moment de la recherche du réflexe tendineux rotulien. Chez le parkinsonien, on sait également que la mobilisation passive diminue la raideur du sujet : le mouvement passif agit encore ici en diminuant les réflexes de posture et cette notion doit être retenue au point de vue thérapeutique.

Influence des mouvements actifs

Nos études graphiques nous ont montré que l'apparition d'une contraction volontaire dans un muscle abolit le R. P. E.

---

(1) *Revue Neurologique*, avril 1929, p. 219.
(2) *C. R. Sté de Biologie*, 1er déc. 1925.

dont il pouvait être le siège. Le réflexe ne reparaît qu'à la fin du mouvement pour maintenir l'attitude acquise. Ce fait paraît extrêmement logique et montre que le R. P. E. sait s'effacer au moment où son existence entraverait le mouvement volontaire. Nous verrons qu'il n'en est plus ainsi lorsque les R. P. E. sont très exagérés et que leur persistance pendant le mouvement volontaire entrave ce dernier, le rend plus pénible et plus lent (cas du parkinsonien).

Influences diverses

Foix et Thévenard ont montré (1) que la compression de la jambe par la bande d'Esmarch abolit le R. P. E. du jambier antérieur et que celui-ci ne reparaît (après l'ablation de la bande) qu'après le réflexe cutané plantaire et avant le réflexe achilléen. Ce fait nous paraît très important car il montre que l'aptitude à ces trois types de réflexes peut être dissociée pendant un temps très court ; cette dissociation se retrouvera d'ailleurs dans l'étude des rapports entre les hypertonies et l'état des réflexes.

En résumé, le R. P. E. n'est pas un phénomène purement local, mais il dépend de facteurs multiples. L'influence de l'attitude générale, des excitations labyrinthiques, des mouvements actifs et passifs, établit que *les R. P. E. se relient directement aux grands mécanismes de l'attitude, de l'équilibration et de la motilité volontaire* (Delmas-Marsalet).

Il résulte de tout ceci que les R. P. E. ne doivent pas être recherchés d'une manière quelconque. Il conviendra tout d'abord d'obtenir le relâchement du sujet. En outre, si l'on veut comparer les temps de détente d'un même réflexe chez différents sujets, encore faut-il que ce réflexe soit recherché dans des conditions identiques au point de vue de l'attitude générale du corps. De même est-il nécessaire, lorsqu'on a recherché ce réflexe une première fois, d'attendre un peu pour le rechercher à nouveau : on évitera ainsi l'effet d'une première mobilisation passive. Dans la pratique, nous recherchons le R. P. E. du jambier antérieur chez le sujet complètement allongé et celui du biceps chez le sujet assis dos appuyé.

Ces détails de technique permettront de rendre toujours identiques à eux-mêmes les différents contingents (statiques

---

(1) *Rev. Neurologique*, mai 1923, n° 5, p. 454.

et autres) qui pourraient vicier le réflexe de posture. Des comparaisons entre divers sujets sont alors légitimes ainsi que des mesures de temps de détente et le R. P. E. devient un test clinique très facilement utilisable et d'une très grande sensibilité.

FACTEURS PATHOLOGIQUES MODIFIANT LES RÉFLEXES DE POSTURE ÉLÉMENTAIRES

Le gros intérêt clinique du R. P. E. est que certains états pathologiques sont susceptibles de l'abolir ou de l'exagérer. Foix et Thévenard ont nettement et complètement précisé la valeur sémiologique du réflexe de type 1 et leur travail sur ce sujet reste absolument sans retouche. Goldflam a étudié la valeur sémiologique du réflexe de type 2 et ses conclusions sont identiques à celles de Foix et Thévenard. Delmas-Marsalet a montré de son côté que le réflexe du type 3 obéissait aux mêmes règles sémiologiques. Il nous suffira donc de reproduire les conclusions de Foix et Thévenard pour que celles-ci s'appliquent aux trois variétés de R. P. E. (1).

Diminution et abolition des réflexes de posture élémentaires

La diminution et plus souvent l'abolition des R. P. E. se rencontrent dans les états suivants :

1° dans les lésions des voies pyramidales et dans le territoire des muscles influencés par ces lésions (hémiplégies, paraplégies). Dans le territoire sain, les R. P. E. ne sont pas altérés.

2° dans les lésions de l'arc réflexe simple et du même côté que celles-ci (radiculites, polynévrites, tabès, polio-myélites, sections nerveuses périphériques).

3° dans les lésions du système cérébelleux, du même côté que la lésion.

4° dans les lésions associées des systèmes précédents (sclérose en plaques, syringomyélie, maladie de Friedreich, sclérose latérale amyotrophique, syringomyélie, scléroses combinées) ; l'abolition des R. P. E. ne reconnaît pas alors une cause unique.

---

(1) *Rev. Neur.*, mai 1923, n° 5.

Dans ces différents cas, on constate (pour le jambier antérieur par exemple) que la recherche du R. P. E. ne provoque aucune contraction de ce muscle et que le pied une fois lâché tombe sans qu'aucun frein n'amortisse sa chute. Graphiquement, on voit s'inscrire le mouvement passif imprimé au tendon par la flexion du pied ; ce mouvement n'est suivi d'aucune contraction et au moment L où le pied est lâché, celui-ci tombe brusquement avec un temps de détente presque nul (graphique 6).

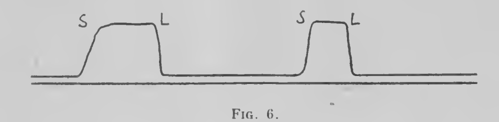


Fig. 6.

S'il s'agit d'un état de contracture pyramidale, la manœuvre du pied pourra déclancher de la trépidation épileptoïde, mais pas de R. P. E. : la chute du pied se fait encore brusquement en L (graphique 7).

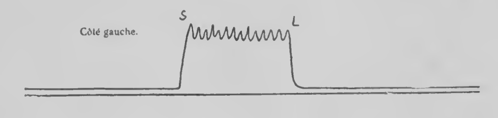


Fig. 7.

Exagération des réflexes de posture élémentaires

L'exagération des réflexes de posture élémentaires s'observe avec une très grande fréquence dans les affections du système dit extra-pyramidal. Les syndromes parkinsoniens fournissent de très beaux exemples de cette exagération et l'on voit apparaître des R. P. E. dans des muscles où il est malaisé de les découvrir ordinairement. Cette exagération s'impose à l'examen clinique et l'enregistrement graphique confirme sa réalité. Comme le montre le tracé ci-joint, on voit le temps de détente du R. P. E. atteindre jusqu'à 6 secondes au lieu de 2/5 de sec. et cela quelle que soit la variété de réflexes de posture (type 1, 2 ou 3) (fig. 8).

Dans les syndromes hémiparkinsoniens, l'exagération prédomine d'un seul côté ; du côté opposé, l'augmentation des R. P. E. existe presque toujours mais à un plus faible degré. Dans le parkinsonisme, au début, en particulier lorsque le diagnostic n'est pas évident, l'examen des R. P. E. acquiert une grosse valeur séméiologique, car il dépiste précocement leur exagération. Lorsque l'hypertonie parkinsonienne se loca-

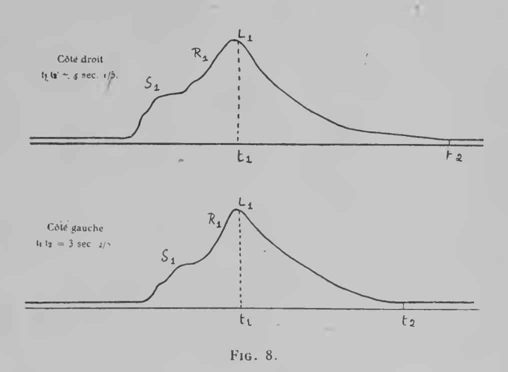


FIG. 8.

lise au niveau d'un seul membre, l'exagération des R. P. E. qu'on y constate, signe la nature même de l'hypertonie et permet de la classer.

Il ne semble pas exister, quant à l'état des R. P. E., de différence fondamentale entre le parkinsonisme post-encéphalitique, le parkinsonisme sénile, certaines cérébro-scléroses lacunaires. De même que ces états possèdent en commun le syndrome bradykinétique de Cruchet et Verger (1), de même ont-ils aussi une commune formule de réflectivité posturale qui est l'exagération des R. P. E.

Dans la maladie de Wilson, Foix et Thévenard notent l'exagération habituelle des R. P. E.

---

(1) *Les états parkinsoniens et le syndrome bradykinétique*, 1925. Baillère et fils, éd.

Etats dans lesquels les réflexes de posture élémentaires sont variables

Dans la chorée aiguë ou chronique, dans l'athéthose double, l'état des R. P. E. est plus malaisé à apprécier et l'on conçoit que les mouvements anormaux en rendent la recherche difficile. Nous pensons toutefois que ces réflexes sont abolis ou fortement diminués entre les périodes de spasme mobile.

La pseudo-sclérose de Westphall, les syndromes lenticulaires du vieillard, donnent des réflexes de posture tantôt exagérés, tantôt diminués ou abolis. Cette variabilité tient sans doute au fait que ces syndromes mettent en conflit des lésions dont les unes tendent à augmenter les R. P. E. (lésions type parkinsonien) et dont les autres tendent à les abolir (lésions pyramidales). Il y a là, comme nous le verrons plus loin en étudiant l'épreuve de la scopolamine, une question de concurrence séméiologique d'un très gros intérêt.

Dans les états myotoniques et myasthéniques, les propriétés contractiles des muscles sont tellement modifiées qu'elles vicient en plus ou en moins les réflexes de posture comme d'ailleurs les réflexes tendineux ; les variations d'intensité que l'on note alors pour les réflexes de posture ne paraissent pas leur appartenir en propre et leur valeur séméiologique est faussée de ce fait.

Dans la démence précoce catatonique, il est probable que les R. P. E. sont un peu exagérés, mais on ne saurait y voir la cause même de la catatonie comme nous le discuterons plus loin.

On peut enfin poser comme une règle générale que des R. P. E. exagérés s'abolissent lorsque surviennent des lésions nouvelles capables de déterminer isolément leur abolition : c'est ainsi qu'une hémiplégie survenant chez un parkinsonien abolit les R. P. E. du côté paralysé.

Tels sont les faits qui démontrent la valeur séméiologique indiscutable des R. P. E., en particulier dans les états dits extra-pyramidaux où leur exagération est habituelle.

FACTEURS MÉDICAMENTEUX MODIFIANT LES RÉFLEXES DE POSTURE ÉLÉMENTAIRES

L'action pharmacodynamique qu'exercent certaines drogues sur les R. P. E. est l'un des points les plus intéressants de leur

étude. Foix et Thévenard ont montré que l'anesthésie générale abolit ces réflexes et c'est là, sans doute, une des causes du relâchement musculaire recherché par le chirurgien.

Les effets les plus démonstratifs nous sont fournis par les alcaloïdes.

Action de la scopolamine, de l'hyoscine et du datura

Delmas-Marsalet a montré que l'injection sous-cutanée, à l'homme sain, de 1/2 milligr. de bromhydrate de scopolamine en solution à 1/2.000e abolit rapidement les réflexes de posture, au moment où elle provoque un état cérébelleux passager comparable à celui de l'ivresse. L'étude du phénomène est beaucoup plus intéressante chez le parkinsonien (1) dont les R. P. E. sont très exagérés. Dans ses expériences, Delmas-Marsalet montre que l'injection de 1 milligr. 25 de la solution précédemment indiquée abolit fatalement les R. P. E. en 45 minutes environ. Cette abolition est précédée d'une diminution progressive du temps de détente dont les valeurs mesurées de 10 minutes en 10 minutes deviennent par exemple 4 sec. 1/5, 3 sec. 4/5, 1 sec. 1/5, 4/5 de sec., 2/5, 1/5 et 0 sec. Les graphiques de la planche 9 représentent la marche du phénomène, pour un réflexe du type 1 ; le résultat est exactement le même pour les types 2 et 3, ce qui justifie encore l'assimilation faite entre les 3 types de réflexes. Le sujet en expérience est assoupli au maximum tant que les R. P. E. sont abolis, puis peu à peu, raideur et augmentation des R. P. E. reparaissent parallèlement avec le temps. L'influence de la scopolamine peut d'ailleurs s'exercer pendant assez longtemps et les R. P. E. peuvent mettre 5 à 10 jours pour reprendre exactement leur valeur initiale.

Un fait remarquable est que l'abolition des R. P. E. par la scopolamine n'entraîne pas celle des réflexes tendineux ou cutanés, ni des réflexes d'attitude, ni la disparition de la contraction idio-musculaire. Il y a donc là une *action pharmacodynamique élective* sur les réflexes de posture à l'exclusion des autres modalités de réflexes.

Ce pouvoir si particulier de la scopolamine entraîne une conséquence d'un intérêt considérable. Chez certains parkinsoniens, en effet, dès que la scopolamine a réalisé l'abolition

(1) *C. R. Sté de Biologie*, 1er déc. 1925, T. XCIII, p. 1519.

Action de la scopolamine sur les réflexes de posture du type I.
(Injection de 1 mg. 1/4 chez un Parkinsonien encéphalitique).

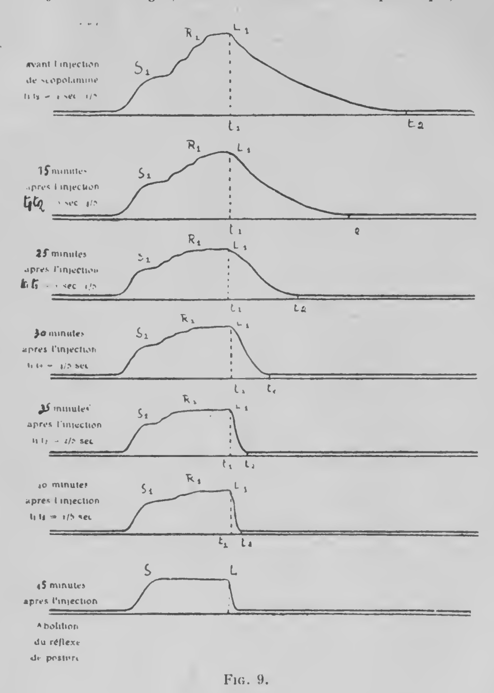


Fig. 9.

des R. P. E. on voit apparaître une contracture de type pyramidal, de l'exagération des réflexes tendineux, du clonus du pied ou de la rotule et du Babinski (fig. 10). Cette symptomatologie pyramidale peut se manifester alors que, avant l'épreuve, rien ne permettait d'en soupçonner l'existence chez le malade. Dans le cas où, avant scopolamine, les signes pyramidaux existaient à l'état d'ébauche, le médicament les ren-

force et les rend plus évidents. Cette apparition de signes pyramidaux n'a pas lieu chez tous les parkinsoniens, ce qui démontre bien qu'elle ne représente pas une création artificielle. Tout se passe donc comme si l'abolition des R. P. E. libérait les phénomènes pyramidaux d'une entrave qui en masquerait l'existence. Il suffit d'ailleurs de réfléchir un peu pour comprendre que des réflexes de posture trop vifs fixent trop fortement les attitudes et entravent la production de phénomènes brusques comme un réflexe tendineux vif ou un clonus. Cette explication n'est en somme qu'un cas particulier de la loi de concurrence séméiologique énoncée par nous (1).

La révélation de signes pyramidaux latents chez certains parkinsoniens est donc possible grâce à l'abolition élective des R. P. E. par la scopolamine, et elle a lieu pour les trois types de réflexes. Ce fait constitue précisément le principe même de l'*épreuve de la scopolamine* proposée par Delmas-Marsalet (2) et dont la planche 10 montre la marche générale. L'épreuve de la scopolamine et la loi de concurrence séméiologique expliquent encore des faits cliniques importants. Le premier fait est que certains parkinsoniens ne sont pas assouplis par la scopolamine, parce que celle-ci substitue à leur raideur parkinsonienne une raideur pyramidale au moins aussi gênante : en pareils cas, l'épreuve de la scopolamine révèle de gros signes pyramidaux et permet d'établir que le médicament est contre-indiqué au moins à fortes doses.

Le deuxième fait concerne l'état variable des réflexes tendineux dans la maladie de Parkinson (Guillain, Souques, Brissaud, Lhermitte et Cornil, Forster, Grafner, Eufemjuz). Cet état variable est en effet lié à l'existence possible ou à l'absence de phénomènes pyramidaux surajoutés et à l'action thérapeutique du moment.

Il nous paraît enfin utile de mentionner que, même au plus fort de l'abolition des R. P. E. par la scopolamine, les sujets quoique devenus moins lents de leurs mouvements, ne sont tout de même pas des sujets normaux, ce qui implique l'existence d'un processus fondamental de bradykinésie, qui n'est peut-être au fond que la bradypsychie elle-même. L'étude de la scopolamine aboutit donc à la connaissance de faits très importants et les conclusions qui en découlent s'appliquent

(1) *C. R. Sté de Biologie*, 20 avril 1926. T. XCIV, p. 1155.
(2) *C. R. Sté de Biologie*, 20 avril 1926. T. XCIV, p. 1153.

d'ailleurs à l'action identique de l'hyoscine et du datura employés à fortes doses.

Action de la scopolamine sur la réflectivité médullaire de certains Parkinsoniens.

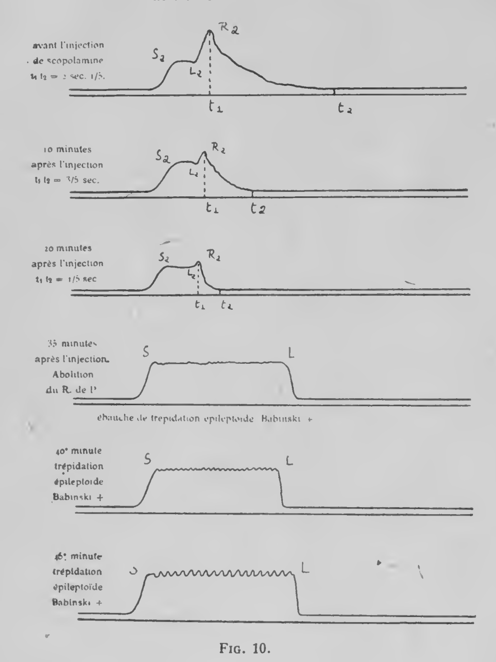


Fig. 10.

Action de l'atropine

L'action de l'atropine peut être comparée à celle de la scopolamine avec toutefois beaucoup moins d'intensité. Sous son influence, les R. P. E. diminuent progressivement, mais il n'est pas possible de les abolir chez les parkinsoniens même

avec une dose de 1 milligr. par voie sous-cutanée. Dans ces conditions, on conçoit que l'épreuve de l'atropine ne puisse révéler des signes pyramidaux que si ceux-ci sont déjà à peu près évidents avant l'épreuve.

Action de la pilocarpine

L'antagonisme pharmacodynamique existant habituellement entre la pilocarpine et les substances précédentes a incité Delmas-Marsalet (1) à rechercher l'effet de celle-ci sur les réflexes de posture élémentaire. Sous l'influence d'une injection de 2 centigr. de nitrate de pilocarpine, on voit les R. P. E. augmenter légèrement. C'est ainsi que, chez un parkinsonien, le R. P. E. du jambier antérieur voit son temps de détente passer de 4 sec. à 6 sec., en même temps que la raideur augmente et que le malade présente des phénomènes tels que sueurs, érection, vomissements. Si, chez un pareil malade, on fait ensuite une injection de 1 milligr. 25 de scopolamine, on voit que celle-ci diminue bien les R. P. E., mais qu'elle ne les abolit plus. Cette deuxième expérience établit donc la réalité de l'antagonisme pilocarpine-scopolamine.

Action de la bulbocapnine

La bulbocapnine, alcaloïde dérivé du corydalis cava, a été très étudiée ces derniers temps (Froelich et Meyer, Gadamer, De Jong et Baruk, Schaltenbrand), De Jong et Baruk ont étudié à nouveau l'état cataleptique que détermine l'injection de cette substance au chat (2). K. Henner a montré que, chez l'homme, la bulbocapnine réalise un syndrome parkinsonien avec grosse exagération des R. P. E., mais sans tremblement; cette action est à retenir au point de vue clinique et expérimental. Notons tout de suite que l'absence de tremblement montre que ce symptôme doit être distrait de l'hypertonie de posture qui ne semble pas en être la cause.

L'action de la bulbocapnine s'exerce de même chez les parkinsoniens dont elle nous paraît diminuer le tremblement en exagérant les réflexes de posture, résultat qui n'est pas toujours favorable à leur kinésie.

---

(1) *C. R. Sté de Biologie*, 7 déc. 1926, T. XCV, p. 1561.
(2) *Revue Neurologique*, janvier 1929.

Action de la strychnine

La strychnine ne semble exercer aucune action sur les R. P. E., mais elle met en hypertonie passagère les muscles les moins posturaux, tels que les jumeaux et le quadriceps. Si l'on combine à cette action l'effet d'une injection de scopolamine surajoutée, on arrive parfois (en particulier chez les parkinsoniens) à reproduire des attitudes et des hypertonies comparables à celle de la maladie de Little (Delmas-Marsalet).

Action de l'alcool

L'ivresse alcoolique s'accompagne d'une diminution des R. P. E. qui est certainement responsable en partie des troubles de la statique. Avec le P[r] Abadie, nous avons noté que, au cours d'une crise de délirium tremens, les symptômes de parkinsonisme présentés par le sujet disparaissaient momentanément.

Actions à rechercher

Il serait intéressant de rechercher l'action de l' « harmine » et de la « banistérine », substances récemment étudiées par Wolfers et Rumps. Les premiers essais de Léwin et Schuster, de Stern, dans le parkinsonisme, justifieraient une étude systématique des effets de ces médicaments sur les réflexes de posture élémentaire. Nos premières recherches sur ce sujet ne nous ont pas montré une action bien nette sur les R. P. E.

Conséquences des données pharmacodynamiques précédentes

L'utilisation des médicaments que nous venons de signaler fournit au clinicien des moyens complémentaires de diagnostic. La possibilité d'abolir ou d'exagérer artificiellement les R. P. E., en utilisant telle substance convenable, aura pour effet de modifier tout ce qui dépend de ces réflexes. Chez le sujet normal, il sera possible de créer de toutes pièces un état morbide passager : la scopolamine, en abolissant les R. P. E., fera ressembler le sujet normal à un cérébelleux ; la bulbocapnine, en les exagérant, en fera un parkinsonien qui ne tremble pas (Henner).

A l'état pathologique, ces épreuves pharmacodynamiques seront encore plus utiles. L'épreuve de la scopolamine ramènera le parkinsonien vers l'état normal ou révèlera un état

pyramidal latent (Delmas-Marsalet). En revanche, elle aggravera les états cérébelleux et, s'ils sont compensés, fera reparaître à volonté le syndrome déficitaire disparu (Henner). La bulbocapnine, en exagérant les R. P. E., aggravera l'état du parkinsonien et améliorera les signes déficitaires du cérébelleux (Henner). On peut donc, en étudiant le comportement des malades après ces épreuves, savoir quelle est l'atteinte de différentes fonctions du système nerveux et comment il faut tenter de corriger les R. P. E. anormaux.

L'idée générale qui se dégage de ce chapitre est l'admirable spécificité de certaines drogues vis-à-vis du système nerveux, et la possibilité de réaliser, grâce à elles, de véritables créations morbides. Ce fait, bien connu pour le système nerveux végétatif, l'était moins pour le système nerveux de la vie de relation. Nous croyons utile d'y insister et de dire qu'il existe une pharmacodynamie du système nerveux de la vie de relation, qui doit désormais figurer dans nos traités de neurologie (1).

RÉFLEXES DE POSTURE ELÉMENTAIRES ET TONUS MUSCULAIRE

Les réflexes de posture élémentaires ne traduisent pas, à proprement parler, le tonus fondamental ou « tonus résiduel » (Pierron) d'un muscle ; ils expriment simplement le surtonus destiné à la fixation automatique et momentanée d'une attitude. Ce surtonus, en intervenant, par exemple lorsqu'un membre est mobilisé passivement, limite la rapidité de sa chute ultérieure, ce qui différencie l'homme du pantin articulé.

On conçoit que l'aptitude à fixer les attitudes ne puisse toujours garder la même valeur ; il est naturel que le réflexe de posture disparaisse pendant les mouvements volontaires, afin de ne pas gêner l'exécution de ceux-ci ; il en est encore de même pendant les excitations labyrinthiques dont les réactions musculaires d'équilibration ne sauraient être contrariées. Si l'on joint à ces remarques les effets déjà vus de l'attitude générale du corps, on voit que les R. P. E. s'intègrent dans le mécanisme général des renforcements et affaiblissements du

(1) La méthode pharmacodynamique en séméiologie nerveuse. *Gaz. Méd. du Sud-Ouest*, n° 2, 15 janv. 1930.

tonus. Ce qu'il est donc convenu d'appeler réflexe de posture élémentaire paraît se relier à la fois à la posture locale et aux grandes fonctions d'attitude, d'équilibration, de motilité volontaire et, sans doute, à bien d'autres encore.

Réflexes de posture élémentaire et tonus pathologique

Le rapport le moins discutable que l'on puisse saisir entre l'état du tonus et celui des R. P. E. est un rapport de coïncidence et non un rapport de cause à effet qu'il serait prématuré d'établir. Nous envisagerons ce rapport dans les hypertonies, les dystonies, les hypertonies et la catatonie.

Hypertonie parkinsonienne

L'hypertonie parkinsonienne coïncide avec des R. P. E. exagérés, et toute cause qui diminue ces réflexes (scopolamine par exemple) entraîne également la diminution de l'hypertonie ; le rôle de ces réflexes semble donc capital. Il est d'ailleurs facile de comprendre que, si la raideur parkinsonienne est plastique, c'est grâce aux R. P. E. exagérés qui tendent à fixer les attitudes ; de même, le phénomène de la roue dentée traduit-il simplement des séries successives de réflexes de posture en réponse aux étapes successives du mouvement imposé aux membres. L'absence de balancement des bras dans la marche s'explique en partie par l'exagération des R. P. E.

Il ne faudrait pas croire cependant que l'exagération des R. P. E. puisse tout expliquer ; le tremblement semble être quelque chose d'indépendant et nous avons vu que la bulbocapnine fait de l'homme normal un parkinsonien qui ne tremble pas ; la lenteur des mouvements qui persiste un peu, malgré l'abolition des R. P. E. par la scopolamine, doit tenir à une bradykinésie propre, comme le soutiennent Cruchet et Verger. Quoi qu'il en soit, l'hypertonie parkinsonienne mérite bien le nom d'hypertonie « posturéo-réflexe » que lui donne Foix.

Hypertonie pyramidale

Les R. P. E., toujours abolis dans cette forme d'hypertonie, semblent n'y jouer aucun rôle, alors que l'exagération constante des réflexes tendineux justifie le terme d'hypertonie « tendinéo-réflexe », proposé par Foix. Le caractère non plas-

tique de cette hypertonie tient en partie à l'abolition des R. P. E.

Hypertonie des paraplégies en flexion

Elle comporte l'abolition des R. P. E., alors que les réflexes cutanés sont très vifs et les tendineux peu modifiés (hypertonie cutanéo-réflexe de Foix).

Comme on le voit, tout se passe comme si l'exagération d'un des trois types de réflectivité (posturale, tendineuse, cutanée) entraînait un type déterminé d'hypertonie et la diminution ou l'abolition des autres modes de réflectivité. Cette « concurrence fonctionnelle » entre les trois types de réflectivité explique les cas d'hypertonie mixte.

Hypertonie mixte parkinsonienne-pyramidale

Chez certains parkinsoniens et chez certains cérébro-scléreux lacunaires, l'hypertonie n'a pas toujours un caractère plastique, et sa topographie peut différer du schéma classique. En pareils cas, il existe un état pyramidal surajouté, visible soit d'emblée, soit après scopolamine. L'injection de scopolamine réalise alors un remaniement de l'hypertonie qui passe d'un groupe musculaire à un autre : au pied, par exemple, le jambier antérieur perd son hypertonie posturéo-réflexe, tandis que les jumeaux se mettent en hypertonie tendinéo-réflexe. Ce changement peut d'ailleurs s'opérer dans un même muscle et c'est ainsi que le biceps, dont la raideur est plastique avant l'injection, se met après en contracture pyramidale non-plastique (Delmas-Marsalet). Ces faits sont donc à retenir quant à l'interprétation de certaines hypertonies complexes.

Hypertonies complexes

Les remarques précédentes expliquent les caractères souvent variables de l'hypertonie dans la rigidité pallidale, les syndromes lenticulaires du vieillard, la pseudo-sclérose. Tout dépend ici du dosage existant entre les lésions qui tendent à exagérer les R. P. E. et celles qui tendent à les abolir (lésions pyramidales ou cérébelleuses). Il se pourrait même que les spasmes, la démarche trébuchante, la réaction dysmyotonique des muscles, traduisent précisément ce conflit incessant entre

des tendances opposées et variables, suivant que le système nerveux travaille, soit à l'attitude, soit à la locomotion, soit à l'équilibration (Delmas-Marsalet).

Dystonies d'attitude (Thévenard (1)
Rigidité dystasiques (Froment (2)

La dysbasie lordotique constitue le prototype de ces états et les R. P. E. sont le plus souvent exagérés (Thévenard). Il n'est donc pas étonnant que ces « états dystasiques » (Froment) se manifestent à l'occasion de l'attitude qui renforce précisément les R. P. E. comme il a été prouvé. En outre, nous avons cru remarquer que chez ces sujets les R. P. E. sont très inégalement exagérés, ce qui implique un déséquilibre tonique responsable sans doute d'attitudes anormales, comme la lordose excessive.

Réflexes de posture et catatonie

On a pu penser, avec quelque vraisemblance, que l'état catatonique présenté par certains déments précoces relevait de réflexes de posture d'une extraordinaire intensité. Nous avons montré dans nos travaux (3) que cette interprétation n'était pas valable. La catatonie, en effet, peut persister après des doses de scopolamine qui abolissent les R. P. E. les plus exagérés. Le maintien des attitudes est variable chez le catatonique et nous avons montré que ce maintien peut être influencé lorsque l'on modifie l'attention du sujet. La catatonie traduit donc beaucoup plus un trouble psycho-physiologique qu'une atteinte anatomique d'un des systèmes posturaux (4). Cette théorie d'un trouble psycho-physiologique représentant une activité positive réelle, a été très heureusement démontrée par les travaux récents de H. Claude, Baruk et Nouel (5). Ces auteurs ont décrit et étudié le signe de

---

(1) Guillain, Alajouanine et Thévenard. — *Rev. Neur.*, juillet 1925, p. 35, août 1925, p. 303. — Thévenard. — Les dystonies d'attitude, G. Doin, éd., 1926.
(2) *Revue Neur.*, sept. 1925, p. 397. — *Presse Méd.*, 25 juillet 1925, 1001. — *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 juin 1925. — *Rev. Neur.*, oct. 1925, p. 495.
(3) Les réflexes de posture dans la démence précoce catatonique. Etat catatonique et volonté. *C. R. Soc. de Biologie*, 9 nov. 1926, t. XV, p. 1351.
(4) *Journ. de Neurol. et psychiat.*, n° 8, 1927, p. 1.
(5) *Soc. de Neur.*, Paris, 2 mai 1929. — *R. N.*, mai 1929, p. 785. — *Presse Médicale*, 26 déc. 1928, p. 1641-1645.

l'anticipation des mouvements passifs chez les catatoniques, phénomène psycho-moteur, indépendant des R. P. E., déclanché par un facteur psychique spécial et lié à l'état d'attention.

Il résulte donc de tout ceci qu'il n'y a pas de rapport établi entre la catatonie et les R. P. E.

LES RÉFLEXES DE POSTURE ÉLÉMENTAIRES AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE

Dans ce court chapitre nous compléterons quelques-unes des notions cliniques précédemment développées.

Individualité des réflexes de posture élémentaires

On pourrait penser que le R. P. E. n'est, après tout, que la réaction banale des muscles à un mode d'excitation un peu particulier, mais que, à cela près, cette réaction ne diffère en rien de celles que des moyens d'excitation différents permettent d'obtenir.

a) Le réflexe de posture élémentaire ne serait qu'une simple contraction idio-musculaire.

Cette idée a été soutenue, en se basant sur ce fait que, lorsque les R. P. E. sont exagérés, les muscles ont habituellement une aptitude à la réaction myotonique, aptitude que révèle leur excitation mécanique ou électrique. Foix et Thévenard ont fait justice de cette opinion ; ils pensent que l'état d'excitabilité du muscle ne conditionne pas le R. P. E., le mode de provocation de celui-ci n'ayant rien à voir avec une excitation directe et sa durée dépassant de loin celle de la contraction prolongée d'un muscle myotonique. Nous-même avons vu que le temps de décontraction du muscle électriquement excité est très inférieur en temps de détente de son réflexe de posture.

b) Le réflexe de posture élémentaire ne serait que le phénomène d'étirement des antagonistes de A. Thomas et Goldflam.

Ceci ne pourrait être soutenu que pour le R. P. E. du type II et la différence paraît bien difficile à trancher. Mais, comme il est possible de voir un réflexe de posture du type II succéder à un réflexe du type I ou III, et ces trois types se remplacer mutuellement dans un même muscle, on est en

droit de considérer le type II comme un véritable R. P. E. ayant avec les deux autres la même propriété de fixer une attitude passivement imposée.

c) Le réflexe de posture élémentaire ne serait que le phénomène des antagonistes de Babinski et Jarkowski.

Il y a entre les deux une différence essentielle. Dans le R. P. E., c'est l'attitude passive qui provoque le phénomène ; dans le phénomène de Babinski et Jarkowski, c'est la contraction volontaire de l'agoniste qui met en jeu l'antagoniste.

d) Les réflexes de posture élémentaires ne seraient que les contractions de raccourcissement et d'allongement, observés par Sherrington sur les animaux décérébrés. Il n'y a ici qu'analogie apparente et nous avons montré que, tandis que la scopolamine abolit les R. P. E. du chien normal, elle est absolument sans effet sur les contractions de raccourcissement et d'allongement du chien décérébré (1). Les contractions sont donc tout autre chose.

En résumé, l'étude clinique, expérimentale et critique des R. P. E. démontre leur indiscutable individualité. Ceci n'empêche pas de reconnaître qu'ils s'apparentent à des phénomènes voisins, lesquels subissent souvent les mêmes lois cliniques et pharmacodynamiques.

Mécanisme des réflexes de posture élémentaires

Deux hypothèses ont été émises à ce sujet :

Pour Westphall, Foix et Thévenard, le R. P. E. est un phénomène proprioceptif dont l'excitation originelle se trouve dans le rapprochement passif des points d'insertion du muscle. Cette explication ne vaut d'ailleurs que pour le réflexe du type 1.

Pour Erlenmayer, et plus récemment Schwartz et Guillaume (2), le R. P. E. déclanché dans un muscle est un phénomène hétéroceptif dû à l'étirement du muscle antagoniste. Cette explication ne vaut encore que pour le réflexe du type I.

Schwartz a cru pouvoir se rallier à cette deuxième hypothèse, en montrant que la suppression de la sensibilité du

---

(1) Etude sur la rigidité de décérébration (travail du laboratoire du Pr Pachon, Bordeaux, 1928).

(2) Réunion Neurologique de Strasbourg (3 avril 1929). *Rev. Neur.*, août 1929, p. 217.

gastrocnémien (section du sciatique poplité interne ou cocaïnisation du muscle), abolit le R. P. E. du jambier antérieur.

En fait, ce qui disparaît dans cette expérience, c'est le R. P. E. du type I et le jambier antérieur n'en continue pas moins à donner un R. P. E. du type II.

Or, il n'est besoin, ni d'une lésion nerveuse, ni de cocaïnisation, pour obtenir un pareil résultat. Si, en effet, on cherche le R. P. E. du jambier en fléchissant *très fortement* le pied sur la jambe, on aura un réflexe du type II au lieu du type I obtenu par flexion modérée. La cocaïnisation ou la section nerveuse permettent tout simplement d'obtenir plus facilement cette flexion forcée en faisant disparaître la douleur qui prend naissance dans le gastrocnémien étiré par flexion forte du pied. Cette douleur ne limitant plus la flexion, celle-ci peut atteindre une valeur telle que c'est le réflexe du type II qui apparaît.

Si d'ailleurs l'étirement du gastrocnémien était la cause du R. P. E., on comprendrait mal que, suivant que le pied fléchi est mis en varus, puis en valgus, le R. de P. se produise successivement dans le jambier antérieur, puis les péroniens latéraux : dans ces deux positions, l'étirement du gastrocnémien est cependant le même.

Pour toutes ces raisons nous pensons qu'une théorie éclectique s'impose et que le R. P. E. est le résultat d'excitations multiples qui trouvent leur source dans tous les muscles et les éléments ostéo-articulaires excités par la position passivement imposée. Le R. P. E. devient ainsi un « phénomène d'induction » dans le sens de Goldstein et ceci explique le cas des 3 réflexes I, II et III.

Centres et voies anatomiques des R. P. E.

Il est probable que la moelle constitue un centre fondamental recevant les influences initiales et périphériques commandant aux réflexes de posture. C'est à peu près tout ce que nous en savons.

Quant aux voies centrales des R. P. E., nous ignorons tout d'elles, tant pour leur trajet que leurs origines. Il est d'ailleurs probable qu'il n'y a pas des « voies », mais une intrication en réseau de systèmes multiples, s'influençant réciproquement.

Quant à des centres précis dont la destruction amènerait l'exagération des R. de P., nous les avons recherchés en vain au laboratoire de notre Maître Pachon (1) ; ni la décérébration, ni la destruction expérimentale des noyaux gris cérébraux, ni des ablations étendues de l'écorce ou du cervelet n'ont exagéré les R. de P. E. Ceci prouve que, s'il existe des centres dont la lésion entraîne l'exagération des R. de P., on peut paraphraser à leur sujet le mot de Pascal et dire que leur circonférence est partout et leur centre nulle part. Ceci implique, dans le parkinsonisme, la notion de lésions diffuses soutenue par Anglade.

Froment distingue dans le parkinsonisme des effets premiers et des effets seconds (2). Le primum movens étant le trouble de la régulation statique, il en résulte l'intervention constante de la rigidité de déséquilibre qui ne se rencontre, à l'état normal, qu'épisodiquement. Le parkinsonien se surmène et ce surmenage musculaire est générateur d'effets seconds et même de lésions. Froment et ses élèves, Veluz, Corajod (3), ont attiré l'attention sur les témoins biochimiques de l'état de fatigue musculaire qu'implique le parkinsonisme: acidose; élévation du coefficient de Maillard-Lanzenberg ; créatininurie; modification du métabolisme basal qui, pour une attitude donnée, décèle un travail musculaire excessif. Ces constatations ont conduit Froment à préconiser le traitement du parkinsonisme par l'insuline, dont il a montré les effets bienfaisants en pareils cas (4). »

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Parvenu au terme de ce rapport, il nous est facile de dégager quelques conclusions générales.

Au point de vue séméiologique, les R. P. E. ont acquis un incontestable droit de cité en neurologie, et l'on ne trouve que des avantages à élargir la conception étroite dans laquelle on les enferme classiquement. Les réflexes des types I, II et III ne diffèrent pas fondamentalement les uns des autres ; la notion du temps de détente les identifie, quant à l'effet

(1) Les réflexes de posture élémentaires, Masson, édit., Paris, 1927.
(2) *Revue Neur.*, nov. 1926, p. 434-440, juin 1927.
(3) *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 déc. 1926 et 5 juin 1929.
(4) *Soc. de Neur.*, 7 nov. 1929. — *R. N.*, nov. 1929. p. 547.

normal ou pathologique qu'ils exercent sur la fonction posturale. Ils s'intègrent si complètement dans cette fonction posturale que leurs variations avec l'attitude générale apparaissent profondément logiques ; ces variations imposent simplement des précautions techniques dans leur recherche.

Au point de vue pharmacodynamique, les R. P. E. fournissent un champ d'étude très suggestif. La possibilité de les exagérer ou de les abolir, par des drogues qui laissent intacts les autres modes de réflectivité, permet de mieux analyser des états complexes. Le parkinsonisme gagne à cette analyse la notion d'un appoint pyramidal possible, lequel explique certains échecs de la scopolamine et de ses parents thérapeutiques. Aussi, le terme d'extra-pyramidal appliqué à certains syndromes ne traduit pas seulement l'indigence de nos conceptions, mais exprime parfois une erreur foncière.

Au point de vue physiologique, la recherche des voies des R. P. E. et des causes de leurs troubles, a quelque chose de déroutant. Le cliché classique dont peut s'accommoder le système pyramidal ne vaut plus pour la fonction posturale : des centres limités, des voies simples et nettement définies ne paraissent pas commander aux R. P. E. La vieille notion du « réseau » de Gerlach, reparaît à l'esprit, non plus avec sa signification histologique, mais comme une image capable d'expliquer les effets des lésions diffuses du système nerveux, et en particulier l'exagération des R. P. E. Tout ceci cadre d'ailleurs avec les constatations anatomo-pathologiques.

Enfin, la part de l'expérimentation, dans l'étude des R. P. E., montre que la neurologie ne saurait se désintéresser de ce que la physiologie édifie peu à peu. Comme l'a dit Renan : « La vérité est, ce me semble, que les spécialités n'ont de sens qu'en vue des généralités, mais que les généralités à leur tour ne sont rendues possibles que par les études les plus minutieuses. »

DISCUSSION DU RAPPORT DE NEUROLOGIE

M. le Professeur Abadie, président, remercie chaleureusement le rapporteur et déclare ouverte la discussion.

M. le Prof. Schwartz (de Strasbourg). — Les réflexes de posture des neurologistes sont identiques aux réactions musculaires appelées par les physiologistes « *réflexes de fixation* ». Nous plaidons en faveur de l'acceptation générale de ce terme, qui a l'avantage d'éveiller une idée précise de la fonction particulière de ces réflexes sans rien préjuger de leur nature ou de leur mécanisme et de ne pas prêter à confusion avec les réflexes de Magnus et de Kleyne.

Le terme « R. P. élémentaire », proposé par le rapporteur pour distinguer ces réflexes des précédents ne nous paraît pas indiqué, tous ces phénomènes étant, selon nous, *complexes* quant à leur mécanisme initial, et bon nombre de réactions du type Magnus, *élémentaires* quant à la forme de la réponse musculaire.

La question des réflexes de posture pose une importante question de physiologie générale des muscles striés, celle des rapports entre la *longueur* d'un muscle et sa *tension*. On sait que chez les muscles lisses, ces deux grandeurs sont dans une large mesure indépendantes l'une de l'autre. Ces muscles sont « *plastiques* ». Or, comme l'ont prouvé Noyons et Uexküll, il en est de même chez les muscles striés dans le « shortening et lengthening reflex » découvert par Sherrington chez l'animal décérébré et qui présente une analogie frappante avec les réflexes de posture.

Wachholder et Altenburger ont fourni la preuve importante que la forme de la réaction musculaire est la même dans les deux cas, c'est-à-dire que la *plasticité* est bien une propriété *normale* des muscles striés, en montrant que le poignet placé passivement en extension pouvait se fixer dans cette attitude sans aucune modification correspondante de la *tension* des muscles extenseurs raccourcis dans ces conditions (absence de courants d'action, indices de mise en tension des muscles). Mais cette expérience est relativement difficile à réussir. Elle

nécessite un appareillage spécial et exige surtout de la part du sujet une volonté de passivité absolue rarement atteinte. Si cette « orientation psychomotrice » particulière fait défaut, le réflexe de posture n'est cependant pas aboli, mais se manifeste alors par une contraction musculaire présentant des courants d'action à oscillations fréquentes. C'est sous cette forme *tétanique* que les réflexes de posture sont habituellement observés en clinique. On constate aussi que, dans ce cas, le muscle se raccourcit, non *pas* comme dans le cas précédent, en *s'adaptant,* mais en *s'opposant* à un mouvement passif. Le type 2 de Delmas-Marsalet le prouve nettement.

Mais on peut ranger aussi le type 1, conditionné par l'étirement passif de l'antagoniste du mouvement (l'anesthésie de ce muscle supprime en effet le réflexe) dans la même catégorie en admettant que, dans ce cas, c'est la perception par le sujet de l'augmentation réflexe de la tension musculaire de l'antagoniste, c'est-à-dire d'une force tendant à ramener l'articulation dans sa position primitive, qui le déclenche.

En résumé, il y a deux catégories distinctes de réflexes de posture ou de fixation conditionnées chacune par une « orientation psychomotrice » différente du sujet : 1) des réflexes toniques, si le sujet s'adapte à un mouvement passif ; 2) des réflexes tétaniques si le sujet manifeste la tendance inverse.

M. le Prof. Donaggio (Doyen de la Faculté de Médecine de Modène). — Approuve pleinement la conception générale de M. Delmas-Marsalet en ce qui concerne le caractère diffus des lésions dans les états qui se signalent par une hyperréflectivité de posture. Dans le parkinsonisme notamment, les lésions sont généralisées. Depuis 1923, M. Donaggio étudie l'anatomie pathologique de la maladie de Parkinson. Il cherche les lésions localisées signalées par les auteurs et partout classiques ; il ne peut se rallier à la conception généralement admise. Il insiste tout particulièrement sur l'importance des lésions corticales dans le Parkinson : lésions préfrontales, et aussi lésions de la circonvolution frontale ascendante. Cette circonvolution semble bien, à côté de sa fonction pyramidale, en avoir une autre, extra-pyramidale. Peut-être les cas mixtes, les cas de parkinsonisme dans lesquels on trouve, notamment après administration de scopolamine, des signes pyramidaux, relèvent-ils de lésions de la frontale ascendante ? Les lésions peuvent, il est vrai, aussi être extra-frontales, intéresser

notamment la grande voie cortico-ponto-cérébelleuse. Mais la participation frontale semble « nécessaire ».

Certes, il y a des faits et des expériences qui semblent contraires à cette conception. M. Henner, de Prague, en utilisant des doses de bulbocapnine rarement administrées, a réussi, chez l'homme, à réaliser le parkinsonisme type, sans tremblement toutefois. On sait que la bulbocapnine influence le cortex. Dans les expériences on a détruit le cortex et on n'a pas obtenu le syndrome de Parkinson. Mais les conditions ne sont pas les mêmes quand on détruit le cortex et quand on l'intoxique ou quand il y a des lésions fines. Il y a sans doute parfaitement moyen de concilier les données différentes, et en apparence opposées, apportées par les différents auteurs.

M. Donaggio lui-même, avec des doses moyennes de bulbocapnine, n'a pas provoqué un parkinsonisme type, mais un état de bradykinésie. Au point de vue anatomique, la bulbocapnine seule ne donne pas de lésions corticales ; mais, si l'on joint à son action celle, combinée, de la réfrigération, on obtient des lésions. Celles-ci portent sur le réseau neurofibrillaire que l'auteur a étudié tout particulièrement, dont il a montré la résistance aux actions toxiques. Avec la réfrigération combinée à l'action toxique, cette résistance tombe et on observe la conglutination, sous forme de blocs manifiquement visibles. Il y a donc là toute une série de coïncidences histo-pathologiques et expérimentales qui montrent que dans les états parkinsoniens, et en général dans les états qui s'accompagnent d'une hyperréflectivité de posture, les lésions sont bien diffuses, mais peut-être surtout cérébrales, et notamment corticales.

M. Henner (docent en neurologie à Prague). — Dans le travail sur l'influence de la bulbocapnine sur l'appareil vestibulaire et le cervelet chez l'homme normal et chez l'homme malade, travail que vient de citer dans son rapport magnifique *M. Delmas-Marsalet*, et tout à l'heure *M. Donaggio*, je n'ai pu dire que la bulbocapnine provoque un syndrome parkinsonien *typique* chez l'homme normal. *Dans l'examen vestibulaire*, j'ai trouvé d'une façon constante la réaction parkinsonienne de convergence avec déviation bilatérale en dedans et dans l'articulation du coude seulement. Le nystagmus provoqué montrait des secousses plus faibles et une fréquence moindre. Les mouvements réactionnels post-rotatoires

étaient changés quantitativement et qualitativement, quelquefois ils étaient même abolis. Le nystagmus calorique avait quelquefois un seuil énorme. La réaction de la chute provoquée était très affaiblie.

Dans les *résultats des épreuves cérébelleuses,* il y avait un accord très général. Parfois, il y avait une véritable plasticité. Les R. P. E. étaient augmentés et leur temps de détente prolongés. Beaucoup d'épreuves cérébelleuses donnaient les mêmes résultats que chez les parkinsoniens.

La chose la plus frappante fut *la lenteur des personnes examinées et l'acinésie.* Quelques fois on pouvait surprendre nos personnes examinées dans l'attitude des flexions générales. En outre de tous ces phénomènes, il y avait une *stabilité surprenante.*

Il ne nous semble pas trop forcé *de comparer* l'influence de la bulbocapnine sur l'homme sain, au syndrome parkinsonien, il faut pourtant ajouter que jamais nous n'avons remarqué aucun tremblement. Dans nos comparaisons, le tremblement nous fait des difficultés et il infirme dans une certaine mesure nos conclusions. Sauf le tremblement, la ressemblance était complète. A certains moments, cette ressemblance était si frappante, qu'on serait tenté de diagnostiquer chez nos sujets sains un syndrome parkinsonien *fruste.* Chez des animaux d'ailleurs, Chaltenbrand a réussi à provoquer, par la bulbocapnine, même un tremblement de repos.

Je suis particulièrement intéressé à apprendre les résultats anatomiques constatés par M. Donaggio chez les animaux après leur intoxication par la bulbocapnine. Dans mes expériences, la bulbocapnine donnait toujours, en dehors des changements dans le système moteur, un syndrome psychique très caractéristique.

M. D. Anglade (de Bordeaux), en son nom et au nom de M. Roger Anglade, félicite le rapporteur de son admirable travail. Il insiste sur l'importance des données fournies chez les Parkinsoniens par les épreuves pharmaco-dynamiques, qui révèlent souvent des signes pyramidaux. A l'association de signes pyramidaux et de signes proprement parkinsoniens, chez les vieux parkinsoniens post-encéphalitiques notamment, peut-on trouver une explication anatomo-pathologique ? Il le semble bien. La grosse lésion du parkinsonisme post-encéphalitique, c'est la lésion du locus niger. C'est une lésion

évidente, constante, parfois peu marquée certes, mais parfois énorme, allant jusqu'à la destruction totale du noyau. Or, dans les cas notamment où il y des signes pyramidaux, et aussi souvent de l'hémi-tremblement, on peut facilement constater que les lésions débordent le locus niger ; elles s'étendent à l'entour de lui et notamment dans la calotte pédonculaire. Elles peuvent intéresser la voie pyramidale et sans doute faut-il voir là la cause de la symptomatologie pyramidale sous-jacente à certains états parkinsoniens.

Réponse de M. Delmas-Marsalet, rapporteur

En somme, tous les orateurs ont confirmé les conclusions de notre rapport et approuvé notamment notre conception du caractère diffus des lésions ou des troubles qui donnent lieu à une hyperréflectivité de posture. Nous les en remercions.

M. Schwartz nous a fait connaître les réflexes de fixation des physiologistes, auxquels nous avions fait nous même allusion. Il a parlé des réflexes d'adaptation aux mouvements passifs. Je persiste cependant à penser qu'il n'y a pas d'analogies, ou du moins pas identité entre les réflexes de posture élémentaires (réflexes tétaniques) et les réflexes d'allongement et de raccourcissement de Sherrington. En effet, les premiers sont modifiés, abolis, les seconds ne sont pas modifiés par la scopolamine.

Je remercie M. le Doyen Donaggio de ses réflexions qui confirment mes conclusions. Je remercie également M. Anglade d'avoir apporté des faits qui expliquent le passage, si fréquemment constaté en clinique, chez de vieux parkinsoniens, du Parkinson à la contracture pyramidale. M. Henner a insisté sur le rôle du sommeil sur la réflectivité de posture ; cette action du sommeil est certaine, mais il faut aussi tenir compte du rôle du décubitus qui, pour le moins, agit dans le même sens.

En somme, il ne s'est pas manifesté de discordance dans nos conceptions et je m'en félicite.

Le prof. Donaggio, qui préside la séance, remercie M. Delmas-Marsalet de son rapport et de son exposé. Il le félicite au milieu des applaudissements de l'Assemblée.

TROISIEME RAPPORT

RAPPORT D'ASSISTANCE

ET

DISCUSSION

L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES

AUX MALADES ATTEINTS DE MALADIES MENTALES

RAPPORT DE

M. le Dr Albert CALMETTES

Médecin Chef
Asile de Naugeat-Limoges

L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES AUX MALADES ATTEINTS DE MALADIES MENTALES

La législation des assurances sociales domine actuellement toutes les questions d'assistance.

On peut dire que les principes de la loi nouvelle renversent les conceptions législatives qui assuraient jusqu'ici l'aide et les soins aux malheureux qui, malades, infirmes ou affaiblis par l'âge, ne pouvaient recevoir les soins que nécessitait leur état. Aux anciennes conceptions de charité ou d'obligation de l'Etat envers les malheureux, le législateur actuel oppose celui de l'assurance, grâce à laquelle le salarié acquiert des droits. Le travailleur, par ses cotisations, se constitue un capital qui lui permettra, le cas échéant, de subvenir à ses besoins ; par l'abandon d'une partie de son salaire, il assure ainsi sa sécurité matérielle quand l'adversité fondra sur lui ; on voit ainsi une ère nouvelle s'ouvrir pour lui ; plus de misère, plus de secours chichement distribués, plus d'hôpital de pauvres, plus d'asiles honteux ; pour lui, l'avenir sûr, la vieillesse tranquille, les meilleurs soins, des établissements confortables, toutes les ressources de l'art de guérir largement distribuées.

La loi sur les assurances sociales sera une loi de solidarité : patrons et ouvriers s'associeront pour créer la sécurité des travailleurs. Elle sera une loi d'apaisement, car elle fera disparaître certaines injustices sociales. Elle sera une loi de préservation car elle permettra de lutter contre les fléaux sociaux, tuberculose, maladies vénériennes, alcoolisme et autres, sans attendre que le mal soit devenu inaccessible à la thérapeutique. Les maladies mentales devront également béné-

ficier de cette thérapeutique préventive. On ne saurait trop répéter que plus une maladie mentale est soignée rapidement, plus elle a des chances de guérir. On ne saurait trop redire encore que les maladies mentales ont une fâcheuse tendance à augmenter. Avec les conditions de l'existence moderne, l'industrialisation de plus en plus prononcée, l'exode vers les villes, la crise du logement, la vie toujours plus chère, les mentalités peu robustes violentées par l'effort qui les dépasse, tendent à sombrer dans la psychose. Avec cela, l'assistance aux aliénés reste vétuste et insuffisante. La conception que l'aliéné est un malade n'est pas encore entrée dans l'opinion publique. Dans la loi de 1838, qui est pourtant excellente et qui prévoit l'assistance pour tous les malades mentaux sans distinction, on ne voit trop que ceux qui sont un danger pour l'ordre public et la sécurité des personnes ; aussi le placement d'un malade à l'asile est plus une mesure policière qu'hospitalière, l'asile est plus une garderie qu'un hôpital. Avec la loi sur les assurances sociales, le malade mental redevient un malade comme tous les autres malades, dont on assure la guérison s'il est curable, que l'on assiste et protège au même titre qu'un rhumatisant chronique ou un hémiplégique s'il est incurable. Le caractère dangereux de l'aliéné cesse enfin d'être la marque distinctive de son régime social.

Ce sont ces répercussions apportées par la nouvelle loi que le présent Rapport a pour but de mettre en relief. L'intention du rapporteur est, non pas de fixer définitivement les conséquences de la législation prochaine en ce qui concerne les aliénés et les asiles d'aliénés, mais d'offrir une base de réflexions, de discussions et de projets à tous ceux qui s'intéressent à l'assistance psychiatrique. Pour cela, il y a à considérer :

1° L'état de l'assistance aux aliénés avant la loi sur les assurances sociales. Les raisons qui l'ont empêché de se développer.

2° Les principes apportés par la législation sur les assurances sociales et l'application de ces principes à l'assistance des aliénés dans les pays où fonctionne pareille loi.

3° Les modes d'application de la nouvelle loi en France.

4° Les conséquences de cette loi sur l'hygiène mentale en particulier.

I. L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS AVANT LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES

Nous nous occuperons surtout des malades mentaux de la loi de 1838, laissant de côté la question des petits mentaux dont la situation sera envisagée dans un paragraphe spécial. Cette étude portera surtout sur l'assistance aux maniaques, mélancoliques, confus, débiles et déséquilibrés, états délirants et démentiels divers, dont le sort est réglé par la loi de 1838.

Nous n'avons ni l'intention, ni la prétention de faire un exposé complet de l'état actuel de l'assistance aux aliénés ; nous voulons simplement mettre en relief ce fait : la loi de 1838 permet des possibilités d'assistance autres que celles qui sont réalisées quotidiennement par son application habituelle.

En effet, en pratique, seuls sont placés dans les asiles :

1° Les sujets dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes ;

2° Les malades assez fortunés pour acquitter les frais de placement.

Cette dernière catégorie constitue en général un quart de la population totale des asiles. Les trois quarts des malades n'ont pas assez de ressources pour payer des soins longs et dispendieux, ce qui fait qu'en pratique 75 0/0 des personnes atteintes de maladies mentales ne peuvent bénéficier de l'assistance légale qu'autant qu'elles sont dangereuses pour l'ordre public et la sécurité des personnes. Cette mesure restrictive nuit beaucoup au traitement des aliénés, et cependant, le législateur de 1838 n'avait pas voulu que, seuls, les malades dangereux aient droit à l'assistance, l'article 25 de la loi est très explicite à ce sujet : « Les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public et la sécurité des personnes seront également admis dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le Conseil général, sur la proposition du Préfet, et approuvées par le Ministre. » La circulaire ministérielle du 14 août 1840 adressée aux Préfets commentait d'une façon très précise cet article 25. En voici un extrait démonstratif : « La loi du 30 août 1838 n'a pas eu seulement pour objet d'assurer la séquestration des aliénés dangereux ; elle s'est proposée un but plus large et plus généreux, celui d'assurer autant que possible, un asile et des soins à tous les aliénés dont la position malheu-

reuse appelle les secours publics ; ainsi, le législateur n'a pas soumis les départements à la seule obligation de pourvoir à l'entretien des insensés placés d'office, il a voulu que la sollicitude de la société et les bienfaits de la charité légale s'étendissent aux insensés indigents, même quand leur état mental ne compromet point l'ordre public et la sécurité des personnes. » Pour éviter les abus, le règlement adopté admettant dans les asiles les aliénés non dangereux, devait limiter le nombre des places à leur réserver. Les dispositions financières prévoyaient que dans ces cas-là, la participation des communes serait plus grande.

Les dispositions de la circulaire ministérielle du 14 août 1838 étaient assez précises et assez impératives pour que le Ministre puisse ajouter : « Je ne pense pas avoir besoin de prévoir le cas où le Conseil refuserait de consentir à l'admission des malades non dangereux, ou bien s'abstiendrait de voter sur les circonstances, les formes et les conditions de l'admission ; un semblable refus, pas plus qu'une semblable omission, ne sauraient priver du bénéfice des dispositions du 2e paragraphe de l'article 25 de la loi. Vous devrez donc, le cas échéant, arrêter d'office un règlement que vous soumettrez à mon approbation. » Malgré toutes ces instructions précises, l'article 25 est resté lettre-morte.

En 1923 (1), dans son rapport sur l'Inspection générale des services administratifs, M. l'Inspecteur Reynier peut s'exprimer ainsi à propos du placement volontaire gratuit : « Des arrêtés ont été pris et des délibérations sont intervenues dans le sens des directives données par le Ministre. Ils ont eu des destins très divers. En bien des cas, l'Inspection générale a pu constater qu'ils constituent des documents qu'il faut exhumer des archives où ils sont malheureusement tombés dans l'oubli... » La question du placement volontaire à titre gratuit, dit ailleurs M. Reynier, est loin de n'avoir qu'un intérêt théorique ; il n'est pas correct d'interner d'office un aliéné dont l'état ne compromet pas l'ordre public ou la sécurité des personnes. Le régime auquel il est soumis dans ces conditions-là ne peut être celui prévu par la loi, notamment au point de vue des sorties. Il n'est pas conforme à l'intérêt général ni au devoir social, d'attendre pour pourvoir au traitement d'un aliéné,

---

(1) *Rapport de l'Inspection générale des services administratifs*, page 272, 1923.

qu'il soit devenu dangereux. Tous ces points de vue sont constamment exprimés dans les rapports particuliers. En réalité, ce sont des questions financières qui ont empêché l'application de l'article 25. La circulaire de 1840 spécifiait en effet que, pour les placements des malades non dangereux, la part contributive des communes serait plus grande ; ceci n'incitait pas les maires à favoriser ce genre de placement ; pour obvier à ces obstacles d'ordre pécuniaire, M. Reynier propose que les dépenses des aliénés soient au compte des trois communautés: Etat, Département, Communes. Il y aurait là un moyen de libérer les communes de charges très onéreuses pour elles et cette mesure favoriserait le placement rapide des aliénés dangereux ou non.

Ces desiderata ont beaucoup de chances de rester lettre morte. Depuis bientôt 100 ans que la loi fonctionne, à peine trois à quatre départements ont pris des dispositions spéciales pour admettre à l'asile les indigents non dangereux pour l'ordre public : la Seine, la Nièvre, le Loiret. Le département de la Seine a fait surtout un gros effort dans ce sens. Partout ailleurs, on considère les aliénés comme des incurables, non récupérables socialement, et les administrations intéressées hésitent à faire de lourds sacrifices pour eux.

La loi sur les assurances sociales changera cette situation. En pratique, elle fait disparaître la catégorie des indigents, assistés par la charité publique. Tous les salariés, ayant moins de 15.000 fr. de salaire, sont affiliés d'office à une caisse d'assurance et ont de ce fait des ressources. Pour ce qui touche les malades mentaux, il n'y a donc plus que deux catégories : ceux qui peuvent payer, et ceux qui ne le peuvent pas. Tous ont les mêmes droits. Les Caisses d'assurances garantissant le traitement de n'importe quelle maladie pendant six mois, le placement volontaire dans les asiles pourra être appliqué à tous les malades, qu'ils soient dangereux ou non.

L'article 4 de la loi couvre le risque maladie mentale, comme il couvre d'une façon générale le risque maladie. Les départements et les communes n'auront plus à intervenir qu'accessoirement dans les frais de traitement des aliénés, c'est ce qui ressort nettement de la discussion de la loi au Sénat (*Journal Officiel* du 16 mars 1930) et de l'assurance formelle donnée à M. le Sénateur Merlin, par le rapporteur de la loi, d'où il résulte que l'article 4 diminuera sensiblement pour les communes, dans un certain nombre de cas, le fardeau de la loi de 1838.

La loi sur les assurances sociales sera loin d'ailleurs de couvrir toutes les dépenses de traitement et d'assurance des malades mentaux. Pendant la période aiguë, elle ne prendra à sa charge les frais de traitement que pendant six mois ; or, on sait que les maladies mentales durent souvent beaucoup plus longtemps. Quand le malade sera passé à l'état chronique, il sera loin d'avoir toujours la pension d'invalidité suffisante pour pouvoir suffire complètement à son entretien, mais quoi qu'il en soit, la loi du 5 avril 1928 constitue un grand progrès au point de vue de l'assistance aux aliénés. Elle complètera la loi de 1838 en apportant des ressources aux malades. Cette dernière réglera toujours les questions de l'administration et surtout de la liberté individuelle. La loi des assurances sociales améliorera surtout la question financière et devra aussi faire progresser la question du traitement. Ajoutons que la loi ne réserve aucune disposition spéciale pour les maladies mentales, l'aliéné est assimilé à un malade ordinaire. Cette conception, qui n'était pas jusqu'alors entrée dans l'esprit public, n'est pas pour déplaire aux médecins aliénistes qui ont toujours essayé de la faire prévaloir.

Il faut maintenant étudier l'économie générale de la loi qui va permettre ainsi l'amélioration du sort des malades mentaux. Nous n'avons pas encore à notre disposition les textes définitifs, mais les principes généraux de la loi sont déjà connus et fixés. Ceux-ci suffisent à notre étude.

II. PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES — LEUR APPLICATION A L'ÉTRANGER

Le projet de la loi sur les assurances sociales, qui a été voté le 25 avril 1928 et qui est actuellement encore en voie de remaniement devant le Parlement, s'est inspiré de la législation en application en Alsace-Lorraine, qui n'est autre que la législation allemande.

C'est la conception étatiste de l'assurance sociale basée sur le principe de l'affiliation obligatoire avec double versement de l'employeur et de l'employé et subvention de l'Etat. Les versements forment un capital commun dans lequel puisent les assurés pour couvrir les divers risques que la loi garantit : risque-maladie, risque-invalidité prématurée, vieillesse, décès.

La loi donne également des subventions pour les charges de famille, de maternité, et pour le cas de chômage involontaire par manque de travail.

La loi française comporte l'affiliation obligatoire et les cotisations non moins obligatoires. L'article du titre I de la loi réglemente ces dispositions : « Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales tous les salariés des deux sexes dont la rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, ne dépasse pas 15.000 fr., le maximum d'ailleurs est variable suivant le nombre des enfants. » L'affiliation s'effectue obligatoirement sous les sanctions prévues à l'article 64 (poursuites devant le Tribunal de 1re instance) à la diligence de l'employeur dans le délai de huitaine qui suit l'embauchage.

Les ressources de l'assurance sont constituées par les versements de l'Etat et par des versements de l'employeur et de l'ouvrier. Pour ces derniers, les versements seraient de 8 0/0 du salaire (projet rectificatif du Sénat). Pour les agriculteurs, il y aurait des dispositions spéciales, la cotisation des employeurs et de l'ouvrier serait moitié moindre, le versement de l'Etat beaucoup plus considérable.

Ces dispositions n'ont pas été sans soulever de véhémentes protestations. Cette contrainte déplaît au Français. L'article 64, avec ses amendes, ses poursuites devant le Tribunal de simple police et même le Tribunal correctionnel, lui rappelle trop l'étatisme allemand et la loi allemande qui « paraît être sortie casquée et bardée de fer du cerveau de Bismark, qui l'administrait aux classes populaires comme une discipline pour le plus grand bien et la tranquillité de l'empire (1) ». Chacun veut bien faire œuvre de solidarité et aider les malheureux dans le besoin, mais la loi s'applique trop à des salariés aux salaires élevés qui pourraient de leurs propres ressources veiller à la sécurité de leur avenir. L'assurance obligatoire, c'est la négation de l'effort, « elle étouffe l'énergie, favorise la mollesse du corps et de l'esprit et conduit à une éternisation voulue de la maladie ». La prévoyance libre a des vertus autrement éducatrices, dit Degas. « L'ouvrier qui, par ses sacrifices, devient l'artisan de sa propre destinée, prend conscience de son individualité et de son indépendance. Il est encouragé à poursuivre ses efforts pour ne pas perdre par l'interruption de ses versements le bénéfice de ses cotisations

---

(1) Rey. — Les Assurances Sociales, 19.

antérieures et ainsi sont accrues ses qualités d'épargne et de persévérance (1). »

Si on peut attendre le développement de ces qualités chez des sujets à mentalité saine et robuste, on ne peut guère l'attendre de cerveaux invalides chez lesquels se développent les malades mentales. Peut-on demander un effort de prévoyance aux malades ordinaires d'asiles, à ces débiles et déséquilibrés, instables, nomades, sans métiers bien définis, incapables de prévoir. Les toxicomanes divers ne songeront qu'à assouvir leurs passions et non à assurer leur avenir. Il faut, en retenant une partie de leur salaire, les faire réfléchir, les faire travailler à leur sécurité future. L'obligation seule permettra de faire déjà de la prophylaxie chez des malades mentaux qui, en général, n'ont pas conscience de leur état morbide. Avec le développement de plus en plus considérable de l'industrie, les mentalités déficientes ont une plus grande tendance à sombrer : déprimés constitutionnels, inquiets, émotifs, résistent mal au surmenage. Il faut pouvoir les soigner à temps, les mettre au repos, empêcher ainsi la fatigue, l'insomnie, la dénutrition, etc..., facteurs ordinaires de psychoses. Si on envisage donc la question des maladies mentales, on voit combien la prévoyance imposée par l'Etat est nécessaire. Cet étatisme est d'ailleurs tempéré dans ses manifestations (libre choix du médecin, entente directe de l'assuré et de celui-ci, participation de l'assuré aux soins médicaux et pharmaceutiques, entente des caisses et des hôpitaux, possibilité de rachat de la pension de vieillesse, etc...), mais l'obligation doit rester à la base de la loi, c'est elle seule qui permettra à celle-ci d'avoir un sort meilleur que celui de la loi sur les retraites ouvrières.

C'est d'ailleurs dans les nations où cette obligation est en vigueur que l'on voit les organisations hospitalisées prendre le plus bel essor. L'Allemagne, la première, imposa une législation quelque peu draconniene, mais en revanche, quelle floraison de cliniques, de sanatoria, d'instituts médicaux, tous doués des derniers perfectionnements scientifiques, tous accessibles aux classes pauvres de la société. Dans ce pays, l'Etat n'a rien négligé pour la population ouvrière. Au point de vue maniconial, ses asiles sont des organisations très perfectionnées, tel l'asile de Rouffach, que nous avons acquis en Alsace, et où chacun va chercher des modèles pour perfectionner sa propre installation.

(1) Degas. — Les Assurances Sociales, 19.

En Angleterre, on trouve également la prévoyance obligatoire. En Suisse, le régime est variable suivant les cantons.

Depuis 1918, les nations nouvelles ont toutes inscrit l'assurance dans leur programme d'évolution sociale ; elles ont à vaincre beaucoup de difficultés. La Pologne, après avoir adopté l'assurance obligatoire, paraît vouloir revenir au régime danois de la liberté subsidiée. La Belgique, après avoir étudié le projet étatiste Pescher, examine avec attention le système du Dr Speklin.

L'Italie, l'Espagne, ont mis la question à l'étude et comparent les mérites respectifs de l'assurance obligatoire et du système danois de la liberté subsidiée. Les conceptions différentes sont affrontées. On discute le système du Dr Speklin (de Mulhouse), épargne individuelle obligatoire avec fonds commun de solidarité. On examine les possibilités que pourrait assurer le vieux système mutualiste. Les mêmes préoccupations sociales se retrouvent dans toutes les nations d'Europe. Il n'est pas dans le cadre de ce travail de comparer la valeur respective de tous ces systèmes. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, pour les maladies mentales, le système de l'assurance sociale obligatoire paraît absolument nécessaire.

Nous allons maintenant entrer dans le détail des divers risques que court l'assurance au point de vue de la médecine mentale.

Le risque maladie et le risque invalidité sont surtout intéressants à considérer. Ils permettent de soigner le malade mental sous ses deux aspects : de la maladie aiguë et de la maladie chronique. Nous étudierons donc successivement :

1° Le malade aigu et le risque maladie.
2° Le malade chronique et le risque invalidité.
3° Les subventions à la famille.

III. MODES D'APPLICATION DE LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES

1° Le malade mental aigu et le risque maladie

Le projet de loi du 5 avril 1928 règle ainsi qu'il suit les principes de l'assurance-maladie. Le projet rectificatif du Sénat y apporte peu de modifications, sauf en ce qui concerne les soins médicaux.

L'article 4 est ainsi libellé : « L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharma-

ceutiques et d'appareils ; les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales pour l'assuré, son conjoint et ses enfants non salariés de seize ans. »

Nous étudierons successivement les soins aux malades en dehors de l'hospitalisation et l'hospitalisation elle-même.

Nous serons brefs sur la première question qui n'occupe que secondairement le corps des médecins aliénistes et qui a été traitée et discutée par tout le corps médical.

Le principe du libre choix du médecin reste acquis d'après les divers projets rectificatifs, le tiers payant est supprimé, l'assuré honore directement son médecin suivant un tarif de responsabilité établi après entente entre les syndicats et les caisses.

A. Hospitalisation du malade mental. — La question qui se pose d'abord, est de savoir si le malade mental ressort de la législation sur les assurances sociales. D'après le texte de la loi où il est question de médecine spéciale, le doute ne paraît pas permis. Les discussions au Parlement (rapporteur: M. Chauveau), la pratique des législations étrangères (allemande, anglaise, danoise), la pratique de l'assistance des aliénés en Alsace, ne laissent d'ailleurs planer aucun doute et nous n'aurions pas soulevé cette question si nous n'avions lu cette phrase, dans la *Revue des Etablissements et Œuvres de Bienfaisance* (novembre 1929), sous la plume de M. Gauguery, dont la haute autorité s'impose en matière d'assistance : « Il convient tout d'abord d'écarter la législation sur les aliénés et sur les enfants assistés qui restent en dehors du champ d'application des assurances sociales. » Contrairement à cette opinion personnelle, les assurances sociales s'appliquent donc aux troubles mentaux.

Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en nature et en argent (article 5, paragraphe 3), l'assuré devra avoir cotisé régulièrement au début de l'application de la loi, vingt jours durant le mois précédent la maladie et, à partir du quatrième mois, soixante jours durant les trois mois antérieurs. Il est très facile de jouir des bénéfices de l'assurance et, *a priori,* on admettrait très bien que pour en avoir les avantages, on soit obligé de cotiser pendant plus longtemps. La loi, devant entrer en application le 1er juillet 1930, dès le mois d'août, les malades pourront entrer dans les asiles au compte des assurances sociales.

B. Admission dans les asiles. — C'est ici que la loi doit produire les meilleurs effets. On ne saurait trop répéter que l'admission rapide des aliénés à l'asile est une des conditions d'une prompte guérison. On ne saurait trop dire qu'il est contraire à l'intérêt de tous d'attendre que le malade soit dangereux. On ne saurait trop dire qu'il est inhumain de placer un malade inquiet, anxieux, dans une cellule dépourvue de tout confort, où sa maladie va s'aggraver et où le traitement qui lui est appliqué augmente son inquiétude.

M. l'Inspecteur Reynier, dans sa remarquable étude sur l'application des articles 19 et 24, ne peut que signaler encore une fois la situation lamentable des aliénés en observation ou de passage dans les hôpitaux. Nous n'ignorons certes pas que, dans les centres universitaires, des installations bien aménagées ont été faites pour les malades mentaux, comme à Bordeaux, Lille, Nancy et Toulouse. Nous n'ignorons pas qu'à Paris l'organisation du D[r] Toulouse rend de grands services, pour le placement rapide des aliénés, mais nous parlons des hospices départementaux, des hôpitaux de sous-préfectures, où la cellule de passage, même capitonnée, est reléguée encore derrière la buanderie ou le parc à charbon, et où le malheureux aliéné voisine, dans la paille, avec son quart, sa gamelle, son vase nocturne, et les rats qui partagent sa nourriture.

Le placement volontaire peut éviter ces mises en observation faites dans des conditions déplorables.

Quand le danger est patent, quand il est de notoriété publique, par besoin d'observation, le placement en vertu de l'article 18 peut se faire sans délai. Dans le cas où le danger n'est pas évident, le placement volontaire permettra d'admettre également le malade sans retard.

En Alsace-Lorraine, la pratique courante a montré combien la loi sur les assurances facilitait le placement rapide. Nos confrères d'Alsace, que nous sommes heureux de remercier de leur obligeance, nous ont tous fourni une réponse affirmative sur ce point.

« Le placement se fait aussi vite pour l'asile que pour un hôpital quelconque. Dès que le médecin de caisse a constaté la présence de troubles psychiques, il l'envoie sans délai à l'asile de Rouffach, où il est assimilé à un pensionnaire de la dernière classe (3[e] classe). En outre, il existe un minimum de formalités pour ce placement qui, au début tout au moins, est toujours volontaire : certificat médical sur papier libre, bon

de garantie pour le paiement. On pourrait même dire que ce placement est parfois trop rapide, car certains malades envoyés à Rouffach auraient pû être traités utilement dans les hôpitaux (petits mentaux). La plupart des malades arrivent directement sans passer par les hôpitaux. D'une façon générale, le séjour dans ces derniers est toujours très court et n'excède pas quelques jours. C'est un fait exceptionnel que les malades arrivent en mauvais état. Les malades sont placés très rapidement. Il n'en est pas de même pour les placements volontaires au compte des familles. » Dr Brissot (asile de Rouffach). « Le placement est généralement rapide. L'application de la loi de 1838 est différent ici de l'intérieur. On n'attend pas la décision préfectorale pour placer le malade d'office ; il est envoyé à l'asile avec un mot du maire et un certificat médical. L'arrêté préfectoral ne se produit qu'après le certificat de 24 heures et si celui-ci mentionne le sujet comme dangereux; de telle sorte que, sauf quelques exceptions, le placement volontaire ou d'office dépend du médecin de l'établissement. Les caisses de maladie prennent naturellement en charge leurs membres même lorsqu'ils ne sont pas placés par elles-mêmes. » Asile de Sarreguemines (Dr Clerc). « L'application de la loi favorise le placement rapide parce qu'il n'y a pas la question des frais à régler par la famille. » Asile de Stephenspheld (Docteur Frankhauser).

Toutes ces déclarations se passent de commentaires.

Dans les autres départements, les placements par les familles sont beaucoup plus rapides que les placements d'indigents ; les placements par les familles étant les seuls placements volontaires et comportant, de ce fait, beaucoup moins de formalités.

Nous n'insisterons pas sur ces points qui nous paraissent amplement acquis et la demande du corps des médecins aliénistes au Ministre du Travail (février 1929, substitution du placement volontaire au placement d'office pour les malades au compte des caisses) peut amplement recevoir satisfaction. D'ailleurs, en Alsace-Lorraine, la proportion des placements volontaires par rapport à ceux d'office est de deux à un, alors que partout ailleurs elle est inverse. Voici des chiffres démonstratifs :

Département du Haut-Rhin : Asile de Rouffach

Année	Placements volontaires	Placements d'office
—	—	—
1927	257	181
1928	230	150

Département de la Moselle : Asile de Sarreguemines

Année	Placements volontaires	Placements d'office
—	—	—
1927	155	62
1928	134	95

Département du Bas-Rhin : Asile de Stephanspheld

Année	Placements volontaires	Placements d'office
—	—	—
1927	153	201
1928	151	213

Ici la proportion est inverse à cause de la clinique de Strasbourg, qui reçoit les malades aigus.

Dans les autres départements, sauf dans le cas où l'asile possède un pensionnat florissant, la proportion des placements d'office est beaucoup plus considérable. Elle est par exemple, à Toulouse de 5 à 1, à Marseille de 4 à 1.

La loi apportera donc des améliorations considérables, au point de vue placement des malades et rapidité des soins ; c'est surtout sur ce point qu'elle montrera son action bienfaisante. Pour les autres points, il s'agit surtout de questions financières, et si certaines caisses doivent se montrer plus généreuses que certaines assemblées départementales, il faut bien dire qu'on n'a pas attendu, malgré des ressources souvent réduites, la nouvelle loi pour donner déjà aux malades mentaux les soins que nécessitait leur état.

C. Durée des soins médicaux au compte des caisses. — Les prestations en nature sont dues, à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, c'est-à-dire depuis la première constatation médicale, et elles sont dues pendant une période de six mois. Toute rechute survenue dans

les deux mois de l'affection est considérée comme la continuation de la maladie primitive. Les dispositions des prestations en nature s'appliquent également aux soins préventifs. Ainsi donc, pendant six mois, le malade mental a droit aux soins médicaux. Pour une maladie ordinaire, ce délai est suffisant. De même il pourra suffire pour certaines maladies mentales, poussées confusionnelles d'origine toxique, accès dépressifs courts, délires transitoires, mais, dans la plupart des cas, la maladie durera sans que pour cela d'ailleurs, elle soit incurable. Du moment où le malade est interné, l'invalidité sera de 100 0/0 ; il aura donc droit à une pension d'invalidité, ainsi qu'aux soins médicaux et pharmaceutiques, pendant cinq ans.

Au début, la pension d'invalidité sera très minime et il faudra avoir recours à l'assistance départementale et communale. Le malade, à ce moment-là, pourra être placé au service des indigents, par voie de placement, soit d'office, soit en vertu de l'article 25. Ainsi, on devra arriver à avoir deux catégories de malades distincts au point de vue légal et aussi au point de vue modalités d'hospitalisation : placement volontaire pour les malades surtout aigus et placement d'office pour les malades surtout chroniques.

D. Frais d'hospitalisation. — Article 6 : L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention, dépendant de la caisse d'assurance dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle.

« En cas d'hospitalisation, les frais supportés par la caisse seront contenus dans des limites qui ne dépasseront pas les tarifs appliqués dans les établissements hospitaliers de l'assistance publique à l'égard des malades admis sous le régime de l'assistance médicale gratuite ou des accidentés du travail admis sous le régime de la loi du 9 avril 1898 (1). »

Donc, le tarif des hospitalisations sera celui de l'assistance médicale gratuite. En ce qui concerne les asiles, il n'y aura, semble-t-il, rien à changer. Les prix de journée des indigents devront être adoptés par les caisses.

En réalité, tout devra être modifié dans notre organisation d'asiles. Actuellement, il y a deux catégories distinctes dans

(1) Dans la loi rectifiée de 1930 il ne s'agit plus des tarifs de l'assistance publique mais du tarif le plus bas des malades payants et ceci change beaucoup l'organisation future.

l'asile ; les pensionnaires et les indigents. Les pensionnaires sont ordinairement à part. Ils bénéficient d'un confort plus grand, mais surtout ils sont mieux considérés dans le public. D'abord, on croit qu'ils ne sont pas dangereux alors que les indigents sont réputés tels. La plupart dit-on ne sont pas fous, certes, ils sont bien un peu neurasthéniques, mais ils raisonnent bien en général. Il sont dignes d'intérêt, et on peut entrer dans un pensionnat d'asile public comme dans une maison de santé privée, sans être déshonoré. On peut même en sortir par guérison. A côté, il y a l'asile où vivent les malades méchants, à juste raison victimes de leurs vices ou tares ancestrales, enfermés derrière des murs, séparés du reste des mortels avec lesquels ils ne doivent avoir rien de commun. Donc, à suivre ce courant d'opinions, il ne faudrait pas placer un assuré bénéficiant de la dignité de malade dans l'asile. S'il a fait du mal, oui, et ce sera justice, ce sera même dommage que les caisses payent pour lui, la communauté des assurés sera frustrée de sommes qui pourraient être plus justement employées.

En pratique, il faudra tenir compte de l'opinion courante, ne pas trop heurter les idées et les sentiments du public ; il ne faudra pas oublier que la plupart des placements seront volontaires. Le malade mental bénéficiant de la loi devra être placé en dehors des quartiers des indigents si possible. En effet, l'assuré à qui on aura retenu une partie, même minime de son salaire, croira avoir tous les droits. Toutes les cliniques, même avec de somptueuses installations, ne devront pas lui être ménagées. Si par hasard, il est atteint d'une psychose avouable, intéressante bien que bruyante, on n'acceptera pas facilement la décision de l'enfermer dans le quartier réservé jusqu'ici aux malades dangereux. Cependant, on ne peut pourtant pas faire bénéficier tous les assurés des chambres payantes, d'un prix supérieur aux ressources des caisses. Il devra donc y avoir un organisme intermédiaire pour ces malades. Ce sera par exemple, un pavillon, où l'on soignera en même temps, et les dernières classes des malades au compte des familles, et les assurés sociaux. Ceux-ci seront ainsi séparés des indigents, dangereux par définition ; les familles et les malades eux-mêmes auront moins de répulsion à entrer à l'asile. Cette distinction paraît capitale ; elle permettra d'ailleurs de remédier à une situation irrégulière qui existe encore dans beaucoup d'asiles, les pensionnaires de dernière classe

étant assimilés aux indigents alors qu'ils payent un prix plus élevé : ce pavillon sera l'hôpital, la clinique pour malades aigus opposé à l'asile pour chroniques.

En Alsace-Lorraine, cette séparation n'existe pas. Les assurés sont placés avec les indigents et cette disposition ne paraît pas avoir jusqu'ici soulevé des critiques ; il est vrai qu'à Rouffach et même à Stephenspheld, il y a un système de pavillons séparés qui permet de faire une plus grande séparation entre malades aigus et chroniques. Nos vieux asiles réalisent encore trop le système caserne et leur caractère de garderie est encore trop visible, avec les murs hauts, les grilles, les sauts-de-loup. Si on veut que l'asile prenne un peu plus le caractère hospitalier, il faudra désormais se dégager de cette formule ancienne, dans les améliorations et les constructions nouvelles. D'ailleurs, étant donné que dans la loi on ne trouve aucune disposition spéciale pour les maladies mentales et les asiles, on devra appliquer dans la mesure du possible, les dispositions qui se rapportent aux hôpitaux et ceci facilitera largement le traitement des malades.

Or, que va-t-il se passer dans les organisations hospitalières ? D'un côté, les caisses payeront, au tarif de l'assistance publique, les frais d'entretien du malade : nourriture, logement, etc... D'un autre côté, elles payeront les frais médicaux et pharmaceutiques. Pour l'asile, il n'y aura pas de mesures différentes. En établissant les prix de journée, l'administration devra séparer, d'un côté le prix de journée des indigents, et de l'autre les frais médicaux et pharmaceutiques. Elle devra s'inspirer du décret du 30 janvier 1926, déterminant les directives budgétaires suivant lesquelles doivent être fixés les prix de journée dans les hôpitaux. Ce sera la fin de la détermination arbitraire des prix de journée établis par les conseils généraux.

Dans les hôpitaux, les médecins toucheront tout ou partie des sommes versées par les caisses. Etant donné que les médecins d'asiles ont un traitement fixe, il n'est pas question de l'attribution du corps médical des recettes ainsi perçues par l'administration des asiles, mais celles-ci pourront être destinées à l'aménagement de nouveaux locaux, à l'achat d'appareils, à l'installation de laboratoires, etc.

La perspective d'avoir à soigner des assurés doit inciter les asiles à créer des services nouveaux, à faire des constructions neuves ! Il y a là une organisation qui nécessitera un plan d'ensemble à réaliser progressivement. Ce sera le seul moyen

d'attirer les malades et de faire disparaître cette crainte, cette aversion même qui existe pour tout ce qui est asile d'aliénés; ce sera un acheminement progressif vers une hospitalisation unique s'appliquant à tous les malades mentaux, grands ou petits. Les services ouverts pourront fonctionner dans les mêmes conditions qu'ils fonctionnent à Fleury-les-Aubrais par exemple, sous réserve que les malades soient dans un pavillon séparé.

Cette question d'établissement du prix de journée, de séparation entre les frais généraux et les frais médicaux et pharmaceutiques, a une grande importance pour deux raisons : 1° Le nombre futur des assurés qui paraît devoir être considérable : à Rouffach, en 1927, sur 438 entrées, 153 sont au compte des caisses ; en 1928, 156 assurés sur 380 entrées ; à Sarreguemines, un tiers de la population entrante est au compte des caisses ; à Stephanspheld, un quart. 2° En raison des dispositions de l'article 12, qui dit : « La pension d'invalidité est fixée à titre provisoire pour une durée de 5 années. Pendant cette période, l'assuré bénéficie des dispositions de l'article 4 en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques ; il bénéficie également de son demi-salaire réduit suivant les dispositions de l'article 6. » Donc, pendant cinq ans, le malade devra percevoir d'un côté, une rente d'invalidité ; d'un autre côté, une somme représentant la valeur des soins médicaux et pharmaceutiques. Il importera que ceux-ci soient nettement établis de façon que les administrateurs des asiles puissent les percevoir pendant les 5 ans et 6 mois qu'ils devront être perçus légalement. Si on songe avec cela que souvent le malade sera indigent et qu'on devra prélever sur le budget de l'assistance les 20 0/0 des frais qui doivent être acquittés par le malade, on voit les complications de la comptabilité. Celle-ci ne sera pas simplifiée par la question de l'invalidité.

2° Le malade chronique et le risque maladie

L'article 10 (pension au malade chronique) dit : « L'assuré qui, à l'expiration du délai de six mois prévu à l'article 4 ou en cas d'accident, après consolidation de la blessure, reste encore atteint suivant attestation médicale, d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins de deux tiers sa capacité de travail, a droit d'abord à titre provisoire, puis s'il y a lieu,

à titre définitif, à une pension d'invalidité. Jusqu'à l'établissement du nouveau barème, le degré d'invalidité est estimé provisoirement, d'après le barème en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions. »

L'article 11 dit: « Pour bénéficier de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être immatriculé depuis deux ans au moins avant la maladie et par suite posséder à son compte, les versements correspondant au moins à quatre cent quatre vingts jours de travail durant les deux ans précédant le début de l'affection ou de l'accident. Il aura droit à 40 0/0 du salaire total au bout de 30 ans de versement. Dans le cas où il n'aurait pas trente ans de versement, il aura droit à 1/30 de la pension régulière par année de versement sans que celle-ci puisse arriver au-dessous d'un minimum à fixer par décret. »

Ces dispositions, assez complexes dans le projet primitif de la loi, ont été simplifiées dans le projet rectificatif du Sénat. Pour pouvoir établir la rente à laquelle aura droit chaque malade, il est nécessaire d'avoir le texte législatif définitif et complet. Dailleurs, ces dispositions n'entreront en vigueur que dans un an, et, d'ici là, pourront intervenir des règlements précis.

Au point de vue médical, la question d'invalidité nécessitera souvent l'intervention du médecin d'asile. Quand le malade devra rester interné, la question sera très simple : l'invalidité sera de 100 0/0. Mais, dans certains cas, l'affaiblissement intellectuel est partiel, le malade peut vivre dans sa famille, il peut bénéficier de placements familiaux. Comme la rente est supprimée quand l'invalidité est inférieure à 50 0/0, il y aura des cas d'espèce assez difficiles à trancher.

3° Les subventions à la famille

L'action bienfaisante de la loi ne s'étend pas seulement au malade ; elle s'étend également à sa famille. D'après l'article 20, « les assurances sociales contribuent aux charges de famille de l'assuré, à l'aide d'allocations payées par le fonds de majoration et de solidarité. Les allocations sont dues en cas de maladie, d'invalidité, de grossesse ou de décès et représentent pour chaque enfant de moins de seize ans, une indemnité journalière de 1 franc, une majoration de pension d'invalidité de 100 fr. par an. Le malade percevra en outre son demi-salaire réduit en cas d'hospitalisation du tiers, s'il a

des enfants ou plusieurs ascendants à sa charge ; de la moitié, s'il est marié sans enfant et sans ascendant, des 3/4 dans les autres cas ».

Ce demi-salaire devrait être supprimé chez les alcooliques dont la maladie résulte d'une faute intentionnelle. Dans les nations scandinaves, l'éthylique ne bénéficie même pas des assurances sociales alors qu'il en bénéficie dans les autres nations.

Nous devons ajouter qu'aux termes du décret du 30 mars 1929 (article 55), le contrôle des hospitalisés, à quelque titre que ce soit, restera confié aux autorités compétentes, autorité judiciaire et administrative pour les asiles, mais les caisses auront un droit de regard dont les limites seront fixées dans les contrats passés entre ces dernières et les administrations hospitalières. Ce droit de regard pour les malades mentaux interprétateurs et revendicateurs, ne sera pas sans créer des difficultés réelles.

***

Telles sont les multiples façons dont la loi sur les assurances sociales pourra aider les malades mentaux. Elles sont schématisées dans le tableau suivant, que nous empruntons à M. Peyronnet, ancien Ministre du Travail, et qui donne l'ensemble des prestations de la loi, les chiffres des indemnités devant être modifiés.

En résumé, pour le malade mental, il y a surtout à retenir l'assimilation à un malade ordinaire, l'hospitalisation rapide, l'établissement d'un prix de journée se rapprochant des dépenses réelles, le développement des moyens thérapeutiques.

L'idéal serait de former de vastes groupements hospitaliers qui recevront différentes catégories de maladies mentales avec des prix de journée différents : malades mentaux aigus, malades mentaux chroniques dangereux (quartier spécial) ou non dangereux, des enfants anormaux, des épileptiques non aliénés. Théoriquement, on pourra y admettre aussi des petits mentaux.

L'asile perdrait ainsi le caractère de garderie et prendrait l'aspect d'établissement de soins et d'assistance, tel que le souhaite M. l'Inspecteur Raynier et tel qu'il est exposé par M. le Dr Mahon, dans l'*Informateur* (décembre 1929).

PRESTATIONS DES ASSURANCES SOCIALES

RISQUES	PRESTATIONS EN NATURE	PRESTATIONS EN ARGENT
Maladie	Soins pendant les six premiers mois.	Indemnité journalière égale au 1/2 salaire à partir du sixième jour de maladie pendant six mois.
Maternité	Soins pendant toute la grossesse et les 6 mois suivant l'accouchement.	Indemnité journalière égale au 1/2 salaire pendant les 6 semaines qui précèdent et qui suivent l'accouchement.
Invalidité	Soins pendant les cinq ans suivant la cessation des soins de maladie.	En cas d'incapacité de travail au moins égale aux 2/3 et à partir de la cessation de l'indemnité de maladie : *a*, en période normale : pension égale à 40 0/0 du salaire moyen ; *b*, en période transitoire : pension proportionnelle ne pouvant être inférieure à 600 francs.
Vieillesse	....	A soixante ans : *a*, après trente ans de versements : pension égale à 40 0/0 du salaire moyen ; *b*, en période transitoire pension proportionnelle ne pouvant être inférieure à 600 francs.
Décès	....	Allocation de 20 0/0 du salaire annuel moyen sans pouvoir être inférieure à 1.000 francs.
Charges de famille	Soins de maladie au conjoint et aux enfants de moins de seize ans, non salariés, de l'assuré. Soins de maternité à la femme de l'assuré.	Majoration : *a*, de l'indemnité journalière de maladie : 50 centimes par enfant de moins de seize ans non salarié ; *b*, de la pension d'invalidité : 100 fr. par enfant de 16 ans non salarié ; *c*, de l'allocation de décès : 100 fr. par enfant de moins de 16 ans non salarié.
Garantie de chômage	En cas de chômage involontaire par manque de travail, l'assuré est maintenu dans ses droits à l'assurance pendant six mois.	

IV. LES ASSURANCES SOCIALES ET LA PROPHYLAXIE MENTALE

LES SOINS AUX MALADES MENTAUX EN DEHORS DE LA LOI DE 1838

Nous avons vu comment une vaste organisation tutélaire suivait le malade mental à toutes les phases de sa maladie et veillait non seulement sur lui mais encore sur sa famille. Cette organisation peut également servir à la prophylaxie mentale et à l'amélioration des soins aux convalescents.

L'action prophylactique de la loi est ainsi prévue par le législateur : « L'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs bénéficie de l'article 4, paragraphes 1 et 7 (traitement et hospitalisation pendant six mois.

Dans la discussion au Sénat, M. le Sénateur Straus voulant réaliser au maximum cette action de prophylaxie, demandait qu'on introduisit dans la loi l'obligation pour les caisses d'organiser des consultations préventives. Cette obligation n'a pas été admise et toute l'organisation est laissée à la bonne volonté des caisses. Il semble cependant que c'est, par les services sociaux, par les dispensaires, par les infirmières-visiteuses, que cette prévention pourra être organisée.

En ce qui concerne l'aliénation mentale, le service du Dr Toulouse montre combien cette prévention peut être efficace. Il est inutile d'insister sur l'organisation de ce service qui est universellement connue. L'hygiène mentale est devenue une réalité. Il n'y a pas d'obstacle en principe, à ce que cette pratique soit généralisée dans tous les départements, et le projet de loi de M. Fié, portant création de services ouverts, peut être mis en exécution : que ce service ouvert soit annexé à un asile ou à un hôpital, il rendrait de grands services. Actuellement, en province, on le voit mal annexé à l'asile. Les préjugés courants sur la folie empêcheront beaucoup de personnes de venir à la consultation et au dispensaire fonctionnant dans un asile. Pourtant, le service ouvert séparé de l'asile réalise trop la séparation entre le petit mental et le grand mental, à qui seul est réservée la tare de l'internement et qui, socialement, est aussi intéressant. Sans autrement insister sur ce point, si on reste dans le cadre des assurances sociales, on peut arriver actuellement, avec les soins préventifs adoptés

par la loi, à réaliser des mesures prophylactiques efficaces qui constituent un grand progrès !

Dans la discussion sur la loi au Sénat, M. Merlin demandait que l'inscription des assurés ne soit pas uniquement une mesure administrative, mais une mesure médicale. Chaque assuré aurait ainsi un carnet médical sur lequel seraient inscrites les diverses affections présentées par lui. Le médecin profiterait des indispositions qui amèneraient l'assuré devant lui pour l'examiner complètement. Il ferait ainsi périodiquement une véritable biométrie, mesurant l'ensemble des forces qui résistent à la mort. Ces méthodes d'examens périodiques, adoptées en Amérique par les Compagnies d'Assurances, en particulier par le Metropolitan Life insurance, donnent des résultats excellents et diminuent la morbidité.

Il sera possible à l'avenir de réaliser ces méthodes jusqu'ici difficiles à mettre en pratique. Les caisses pourront organiser des dispensaires pour dépister les maladies. Dès maintenant, au point de vue de la prophylaxie mentale, l'activité de pareils services peut être considérée dans trois directions :

1° L'examen mental des étrangers,
2° Le dépistage des alcooliques,
3° Le contrôle des ouvriers travaillant à domicile.

Ces trois catégories d'assurés sont plus fréquemment que les autres atteints de troubles mentaux.

D'abord les étrangers. Souvent ce sont des instables, des déséquilibrés qui ont quitté leur pays sous l'influence de leurs troubles du caractère. On a vu des malades changer de nationalité à la suite de véritables psychoses : persécutés, migrateurs, ces étrangers vivent dans des conditions hygiéniques déplorables dans la banlieue parisienne, dans tous les centres industriels, dans tous les grands chantiers qui jalonnent le territoire. Souvent des drames sanglants, dûs exclusivement à la psychose, viennent défrayer la chronique. Ces étrangers seront assujettis à la loi, leur nombre n'est pas tel qu'on ne puisse les suivre, lorsque l'attention aura été attirée sur la possibilité de leurs réactions antisociales morbides.

L'alcoolique peut surtout bénéficier de la médecine mentale préventive, non pas qu'on puisse le faire soigner malgré lui; il n'est pas possible comme en Amérique, dans les heats officiers, de faire de l'hygiène par contrainte et d'employer la force publique pour faire respecter les décisions médicales,

mais les buveurs d'habitude sont très souvent des malades physiques, et sous prétexte de soigner une dilatation stomacale, une gastrite, une insuffisance hépato-rénale, on pourra pratiquer une cure de sevrage qui évitera les réactions antisociales, habituelles de l'éthylique.

La loi sur les assurances peut fournir les moyens financiers de ces mesures préventives. Elle pourra également exercer une action bienfaisante en aidant à dépister les cas de folie, où la psychose apparaît à la suite de causes sociales : surmenage, misère, préoccupations d'avenir.

Quand on étudie les facteurs actuels de l'aliénation mentale, on voit que, dans un très grand nombre de cas, manquent complètement les causes précises de la folie : hérédité, syphilis, alcool, traumatismes, infections. Dans 40 0/0 des cas environ, des facteurs comme les chagrins moraux, la misère, les préoccupations d'avenir, jouent un rôle très important ; ces préoccupations entraînent de l'insomnie, souvent des troubles digestifs, de la dénutrition et des psychoses dépressives avec confusion transitoire surajoutée. Ces troubles morbides sont ordinairement de pronostic favorable et après quelques semaines de repos et d'un traitement reconstituant ils guérissent bien.

On trouve ces psychoses, surtout chez les femmes travaillant à domicile (dans les grandes villes) chez quelques domestiques nouvellement arrivées et aussi chez des étrangers nouvellement émigrés en France (Polonais, Turcs, Arméniens). C'est surtout chez les ouvrières travaillant à domicile qu'on trouve ces psychoses dépressives ; ces ouvrières n'ont que des salaires très modiques, elles sont obligées de faire de nombreuses heures de travail, elles vivent dans des locaux non aérés ; leur nourriture est très insuffisante ; souvent elles boivent un peu trop pour se stimuler. Toutes ces conditions favorisent les psychoses d'épuisement. Il n'est pas défendu, dans ces cas, de parler de véritable maladie sociale. Dans la discussion de la loi au Sénat, M. Voilin signalait la situation hygiénique lamentable de ces ouvrières travaillant à domicile et demandait pour elles des mesures spéciales, dégrèvements de cotisations, etc... Bientôt la loi nouvelle pourra exercer son action bienfaisante en suivant de près cette catégorie de travailleuses. L'infirmière-visiteuse pourra autant que l'inspectrice du travail, conseiller le repos et arrêter, par des soins préventifs, une psychose menaçante. Ce même cadre de la

médecine sociale préventive permettra de suivre le malade après sa sortie de l'asile, de lui procurer travail, logement et soins. Les sociétés de patronage aux aliénés convalescents sont encore très rares. Il sera dès lors possible de les organiser dans le cadre de l'assurance sociale.

Jusqu'ici, nous n'avons vu que les effets bienfaisants de la loi. Elle augmentera la sécurité des travailleurs, diminuera la misère et la souffrance. Il semble qu'elle devrait être recueillie avec enthousiasme par toute la population. Ce n'est pourtant pas le cas.

Deux ordres de reproches lui sont faits : l'un d'ordre économique, l'autre d'ordre moral. Au point de vue économique, elle augmentera la cherté de la vie, elle ne favorisera pas les exportations déjà déficitaires, et, si elle augmente le bien-être de quelques-uns, elle mettra dans la gêne tout le monde. Il n'entre pas dans le cadre de ce travail, d'étudier cette question que nous renvoyons aux économistes. Nous devons envisager surtout le reproche d'ordre moral, qui intéresse le médecin qui s'occupe des maladies mentales. La loi favorisera la fraude, elle encouragera les paresseux dit-on ; les mauvais ouvriers seront toujours malades et avec la complicité de mauvais médecins, toucheront leur demi-salaire sans travailler. L'aliéniste verra défiler devant lui un nombre insoupçonné de psychopathes, plus ou moins définis, dont il aura souvent à déterminer la sincérité. De véritables psychoses verront le jour ; on a parlé déjà de « névrose d'assurance », de « paralysie de la volonté de guérir ». La sinistrose va se révéler plus florissante que jamais sous une forme nouvelle. Chacun cite l'ouvrage du Dr Liek, sur les méfaits des assurances sociales en Allemagne, ouvrage que M. le Doyen de la Faculté de Strasbourg couvre de son autorité. L'opinion du Dr Liek n'est pas adoptée par tous en Allemagne. Elle est combattue par des personnalités dont la valeur morale et scientifique ne saurait être mise en doute : le professeur Grotjahn, professeur d'hygiène sociale à l'Université de Berlin, le professeur Lennhoff, président de la Chambre Syndicale médicale de Berlin ; qu'il s'agisse du parti populaire, du parti démocrate, du centre catholique, ou du parti national allemand, chacun ne peut que célébrer les mérites d'une loi qui, en matière d'hygiène de défense de la santé publique, de lutte préventive contre la maladie, a donné d'excellents résultats. Si beaucoup désirent favoriser les désirs d'épargne individuelle

en adoptant les idées du Dr Speklin, personne ne nie les bienfaits de la loi.

Donc, il ne faut pas se laisser aller à un pessimisme destructeur. Au point de vue médecine mentale, la loi doit rendre de très grands services. Les dépenses ne seront pas excessives, celles que payeront les caisses d'assurances, les communes et les départements n'auront pas à le supporter, et, si on adoptait le système de l'épargne individuelle, le contrôle serait plus facile, l'assuré ayant tout intérêt à limiter les dépenses de l'assurance-maladie.

Il suffit d'ailleurs de connaître les abus auxquels peut se prêter l'application de la loi pour les combattre. L'enseignement de l'hygiène et de la médecine légale devra attirer l'attention des futurs praticiens sur les responsabilités qu'ils auront à prendre, dans la détermination du cas de simulation et d'exagération de troubles mentaux. La conscience professionnelle du praticien et la sévérité du contrôle feront le reste, et on n'aura pas à nier la perfectibilité des sociétés humaines, en enregistrant la faillite d'une loi avant tout destinée à diminuer la souffrance et la misère.

CONCLUSIONS

1° La loi sur les assurances sociales complètera d'une façon heureuse la loi de 1838, dont l'application était jusqu'ici insuffisante, en ce sens que son action était limitée surtout aux malades mentaux dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes.

2° En constituant des ressources à tous les salariés, elle permettra d'appliquer le placement volontaire à la plupart des malades mentaux. Elle permettra leur hospitalisation rapide et évitera leur mise en observation dans les hôpitaux non pourvus d'installation adéquate.

3° Elle incitera les administrations des asiles à réaliser, au plus vite et plus largement, les perfectionnements qui doivent mettre au service de leurs malades tous les progrès de la science médicale moderne.

4° Elle permettra de donner à l'aliéné chronique une pension d'invalidité et réduira d'autant les charges financières imposées aux départements et aux communes.

5° Elle donnera, aux familles des aliénés sans ressources,

des subsides prélevés sur les fonds de majoration et de solidarité.

6° Elle permettra, par le principe des soins préventifs qu'elle consacre, de réaliser une plus large et plus efficace prophylaxie mentale, surtout pour les étrangers, les alcooliques et les sujets placés dans de mauvaises conditions sociales qui les prédisposent en particulier aux psychoses dépressives par épuisement.

BIBLIOGRAPHIE

Les assurances sociales en Alsace. Bulletin de l'exposition internationale du centenaire de Pasteur, Strasbourg, 1923.

L'Aliéniste Français. Bulletin de l'Amicale des Etablissements publics d'aliénés des médecins.

Février 1929. — Dr Prince, médecin-chef de l'asile de Rouffach : *L'application de la législation des assurances sociales en Alsace.*

Dr Raynier, Inspecteur des services administratifs : *Du dépôt provisoire des aliénés dans les hôpitaux-hospices,* avril-mai-juin 1928.

Dr Mahon : *Assistance des psychopathes de tous ordres,* décembre 1929.

Bulletin officiel de l'Office national d'Hygiène sociale. Les documents de l'Hygiène, octobre 1928.

Degas : *Les assurances sociales en France,* Dunod, Paris, 1924.

Eylaud : *Les assurances sociales en France et la protection de la santé publique,* Alcan.

Rey : *La question des assurances sociales.*

Duprat : *Les classes sociales.*

Dr Liek : Traduction française, Lautzenberg, Payot, 1929.

Dr Speklin : Conférence faite aux journées médicales de Bordeaux.

Gaston de St-Aubert : Projet rectificatif de la loi du 5 avril 1928.

Revue des Etablissements de bienfaisance, novembre 1929.

Journal officiel du 10 mars au 29 mars 1930. Projet de rectification au Sénat de la loi sur les assurances sociales.

Dr Raynier, Inspecteur des Services administratifs : *Rapports de l'Inspection générale,* 1923.

DISCUSSION DU RAPPORT D'ASSISTANCE

Le Dr Pactet, qui préside la séance, remercie chaleureusement le rapporteur au nom des congressistes et déclare ouverte la discussion du rapport.

M. Maurice Desruelles (Saint-Ylie) estime que les assurés sociaux, qui versent dans toute l'étendue du territoire des cotisations égales, doivent être traités s'ils présentent des troubles mentaux d'une façon égale, bénéficier du même confort, etc..., quel que soit l'établissement où ils seront placés. Cela n'est possible que si les caisses paient pour toute la France un tarif unique. Ce tarif doit avoir comme base, non la dernière classe, des pensionnaires de l'établissement où est traité l'assuré (prix qui varie du simple au double suivant les départements), mais le prix de journée de celui des départements où il est le plus élevé (département de la Seine excepté).

M. Demay (de Maison-Blanche), se rallie à la proposition de M. Desruelles, que soit voté un vœu. Il fait profiter des dispositions de la loi sur les Assurances sociales pour améliorer le sort des aliénés. Il faut voter un vœu étendu. L'Association amicale des médecins des asiles a demandé au Ministre du Travail que les Assurés sociaux soient placés dans les Asiles par voie de placement volontaire. Il faut que le Congrès appuie cette demande. Il convient aussi de demander qu'une partie des sommes qui seront encaissées à titre de frais médico-pharmaceutiques, soit obligatoirement affectée à l'amélioration des moyens scientifiques de diagnostic et de traitement. Le moment est assurément propice pour essayer d'améliorer la situation, parfois lamentable, des Asiles. Le Congrès est une force morale qui sera certainement écoutée par le Ministre.

M. Wahl (de Marseille). — MM. Desruelles et Demay demandent qu'un vœu soit voté tendant à ce que le prix de séjour des assurés sociaux dans les asiles soit au moins égal au prix de journée des malades de la dernière classe dans l'asile le plus favorisé, Seine exceptée. Mais, il ne faut pas oublier que ce prix de journée varie suivant les Asiles du fait

de circonstances locales. A l'Asile de Marseille, le prix de journée est plus élevé que partout ailleurs. Cela ne peut être reproché ni aux médecins, ni au Directeur. Mais c'est un fait. Si, dans ces conditions, le vœu de M. Desruelles était adopté, l'Asile de Marseille et les malades mentaux de la région se trouveraient défavorisés puisqu'ils ne bénéficieraient, contrairement à ce qui se passerait ailleurs, d'aucune amélioration. Pourquoi cette infériorité ?

M. Desruelles. — Si l'Asile de Marseille ne tire pas d'avantages de l'application de la loi sur les Assurances sociales, pourquoi en serait-il de même des autres asiles ? En tous les cas, il sera toujours imprudent pour un Asile de conclure un contrat avec une Caisse.

M. Wahl. — A Marseille, dans la dernière classe, le prix de journée est de 17 francs. En fera-t-on le prix de base pour tous les Asiles ?

M. Alexander (de Bruxelles). — Je m'excuse d'intervenir dans une discussion qui semble devoir intéresser uniquement nos collègues français. Cependant, la question des Assurances sociales se posera incessamment en Belgique. Il me semble qu'il ne faut pas oublier quelles luttes ont mené les médecins pour faire reconnaître le principe du libre choix du médecin par le malade. Il faut laisser aux malades ou à leur famille le libre choix de l'établissement de cure. Cela sera, pour les Asiles, une source d'émulation.

M. Anglade (de Bordeaux). — Il faut en effet tenir compte de la volonté des familles et respecter le libre choix. Les malades iront là où ils seront le mieux. Il faudra tenir compte du désir des malades.

M. Baruk (d'Angers) demande que soit rédigé un vœu, dans un texte précis, sur lequel on pourra voter. Au frontispice, il faudra inscrire le principe du libre choix ; au-dessous, on inscrira les desiderata qui viennent d'être formulés.

M. Calmettes, rapporteur. — Je remercie M. Desruelles de son intervention au sujet des prix de journée des assurés sociaux ; nous sommes parfaitement d'avis qu'il faudra, pour eux comme pour tous les malades en général, des prix permet-

tant de les soigner dans de bonnes conditions ; dans ce prix de journée il y aura, comme je le disais, deux éléments : 1° le prix de journée de la dernière classe des malades payants et ce prix sera fixé comme actuellement par le Conseil général ; 2° les prix des soins médicaux et pharmaceutiques qui seront à établir.

Le prix global résultera de l'addition de ces deux éléments où la question du prix des soins médicaux formera l'inconnu variable qui permettra d'établir des prix de journée correspondant aux dépenses réelles à effectuer pour l'assuré.

Il ne peut être question de prix unique pour tous les assurés ; les prix de journée sont limités par les dispositions légales suivantes. Le total des frais médicaux et pharmaceutiques ne pourra en aucun cas excéder, par journée de maladie, 50 0/0 de la moyenne journalière des salaires de base ayant l'année précédente donné lieu à cotisation : donc les dépenses à effectuer dépendront du salaire de l'assuré ; de plus, les conditions économiques locales font varier beaucoup le prix de revient des malades pour les asiles comme pour les hôpitaux ; les conventions établies entre les départements hospitaliers et les caisses seront obligées de tenir compte de ces éléments ; en tout cas, les assurés sociaux ne devront pas être assimilés aux malades indigents pour lesquels dans beaucoup de cas l'administration n'a que des ressources insuffisantes. Si les prix de journée étaient par hasard les mêmes pour les indigents et la dernière classe des malades payants, les prix des soins médicaux arriveraient à corriger cette anomalie.

D'ailleurs, il ne peut y avoir de tarifs variables que pendant les six mois où les caisses couvriront le risque-maladie, pour le risque-invalidité, les dispositions législatives sont fixes et ne peuvent dépendre des caisses locales ; pour les six mois prévus pour le risque-maladie, il semble d'ailleurs que les caisses consentiront les sacrifices nécessaires, sans cela la loi n'aurait pas sa raison d'être (1).

M. Verwaeck, qui préside la séance, félicite à nouveau le rapporteur. Il est décidé qu'une Commission, composée de MM. Calmettes, rapporteur, Baruk, Demay et Wahl, se réunira hors séance et rédigera une proposition de vœu tenant compte de toutes les opinions exprimées.

---

(1) Par ailleurs les ressources des caisses appartiennent aux malades eux-mêmes et ceux-ci auront à intervenir dans leur gestion.

Il fut donné lecture de cette *proposition de vœu* à la séance du samedi matin 26 juillet par M. René Charpentier, secrétaire permanent du Congrès. Elle est ainsi conçue :

La XXXIV[e] session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, considérant l'application prochaine de la loi sur les assurances sociales émet les vœux suivants qu'il prie le Bureau de transmettre à M. le Ministre du Travail et à M. le Ministre de la Santé Publique :

1° que le bénéfice de cette loi soit applicable aux malades mentaux comme à tous les autres malades, ainsi que cela résulte de la discussion au Sénat ;

2° que l'assistance à ces malades soit facilitée et améliorée par les mesures suivantes :

— A. que les assurés sociaux, non dangereux pour l'ordre et la sécurité publics, soient admis dans les asiles par la voie du placement volontaire. Le placement d'office restant d'après la loi de 1838, une mesure exceptionnelle de sécurité ;

— B. que, pour respecter le principe du libre choix du malade ou de sa famille, il ne soit pas loisible aux Caisses de traiter systématiquement avec les établissements où le prix de journée est le plus bas ;

— C. au contraire, qu'un *prix minimum* de pension, à déterminer par une Commission où seront représentés les médecins des asiles, soit fixé pour tous les assurés sociaux, de façon que, en aucun cas, ils ne soient placés dans une classe assimilée à celle des indigents ;

3° que les sommes encaissées par les établissements d'aliénés au titre des frais médicaux et pharmaceutiques soient, en partie, obligatoirement affectées à l'amélioration de la situation matérielle des malades (modernisation des bâtiments), et à l'amélioration des moyens techniques de diagnostic et de traitement (laboratoires, installations physiothérapiques, etc.).

Après lecture de ce vœu, avant le passage à la discussion et au vote des articles, une *discussion* s'engage, à laquelle prennent part MM. Calmettes et Lagriffe.

Sur la proposition de M. Lagriffe, à la majorité des votants, il est décidé de réserver la discussion de ce vœu à l'Association amicale des médeins des établissements publics d'aliénés de France.

COMMUNICATIONS

COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

Réactions humorales atypiques du liquide céphalo-rachidien au cours de la Paralysie générale

Par MM. Leroy, Médakovitch et Masquin
(de l'Asile Ste-Anne, Paris)

La paralysie générale peut-elle évoluer sans réactions humorales positives dans le liquide céphalo-rachidien ? Nous n'en avons jamais observé et nous n'en avons rencontré aucun cas démonstratif dans la littérature.

Reste à savoir si, au cours d'une méningo-encéphalite typique, les réactions humorales du liquide céphalo-rachidien peuvent s'atténuer ou disparaître ?

I. — Les réactions humorales du liquide céphalo-rachidien peuvent quelquefois s'améliorer spontanément et même rétrocéder complètement dans les rémissions dites spontanées. Elles ont existé, du moins, à *une certaine période*. Ces cas sont exceptionnels et se présentent uniquement dans les paralysies générales à évolution très lente, surtout dans certaines formes tabétiques où les troubles mentaux sont peu marqués. Nous n'en avons rencontré que deux cas, en trois ans, sur 200 paralytiques généraux.

Observ. I. — Col... Joseph, 49 ans, entre à Sainte-Anne le 29 décembre 1926. C'est un tabo-paralytique très avancé, avec tous les symptômes classiques de l'affection : démence globale, idées niaises de satisfaction, amnésie, désorientation, fabulation, turbulence, malpropreté. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens, démarche vacillante et ataxiforme, signe de Romberg, dysarthrie.

Ce malade, impaludé sans résultat fin juillet 1928, a été examiné trois fois au point de vue des réactions biologiques, pendant son séjour à l'asile.

Les réactions de B.-W. et des globulines étaient négatives déjà à l'entrée et se sont maintenues telles. Seule la lymphocytose s'est progressivement atténuée pour arriver presque à la normale. Ce malade est le type de la tabo-paralysie à évolution lente dans laquelle les réactions humorales sont devenues négatives au fur et à mesure que les lésions nerveuses se sont cicatrisées.

	Liquide céphalo-rachidien	24 déc. 1926	25 nov. 1928	11 mars 1929
		—	—	—
	Lymphocytes	10	7,3	2,8
	Albumine	0,40	0,56	0,18
Globuline	Pandy	traces	négatif	négatif
	Weichbrodt	négatif	négatif	négatif
	Noguchi			négatif
	Nonne Appelt			négatif
	Benjoin	00000.12222.00000 T	10000.00000.00000 T	00000.00000.00000 T
	Elixir parégorique	négatif	négatif	négatif
	Tolu (Meinicke)			négatif
	Bordet-Wassermann	négatif	négatif	négatif
	Floculation Vernes			0
	Sang			
	Tolu (Meinicke)		négatif	négatif
	Bordet-Wassermann	négatif	négatif	négatif
	Floculation Vernes			0
Traitement	K. I	219 g.		
	Hg. I²	0,40		
	Hg. salicyl.	0,50	1,60	
	Sulfar	10g.02	7,86	
	Quinby	12 inj.		

Observ. II. — Et... Eugène, mécanicien, âgé de 52 ans, entre à l'Asile Sainte-Anne, le 2 octobre 1925, pour paralysie générale : démence, amnésie, désorientation, réponses à côté, propos sans suite, puérilité, légère euphorie, dysarthrie, tremblement de la langue et des mains, inégalité pupillaire, réflexe photomoteur très faible, surtout à droite, réflexes rotuliens vifs, surtout à gauche, dureté de l'ouïe, excès alcooliques.

Liquide céphalo-rachidien (10 mars 1927) : lympho., 3 ; Bordet-Wassermann négatif. 2e examen (7 juin 1928). *Liquide céphalo-rachidien :* lympho. 6,8; albumine 0,34; benjoin 00000.00220.00000; Bordet-Wassermann négatif. *Sang :* Bordet-Wassermann négatif. Le malade s'est amélioré progressivement, sans aucun traitement, à partir d'avril 1928, a commencé à travailler au jardin, alors qu'à l'entrée il était incapable de se servir d'un outil. Sorti en rémission, capable de gagner sa vie, le 30 août 1928.

Ces deux observations concernent des malades l'un tabo-paralytique, l'autre paralytique général à forme démentielle. Ils sont

entrés à l'asile très affaiblis au point de vue mental, après une longue période d'évolution latente de la méningo-encéphalite au moment où ils ne réagissaient plus au point de vue humoral.

II. — Si nos connaissances actuelles sont insuffisantes pour expliquer l'atténuation ou la disparition spontanée des réactions biologiques, nous savons beaucoup mieux pourquoi ce fait existe à la suite des maladies infectieuses intercurrentes. Depuis BAILLARGER, nous connaissons l'influence heureuse des infections sur l'évolution clinique de la maladie de Bayle et, par conséquent, sur les réactions humorales. Nous rappellerons ici deux observations publiées par deux de nous dans les *Annales médico-psychologiques* (avril 1928).

OBSERV. III. (TRUELLE). — D... Eugène, 52 ans, entre à Sainte-Anne, le 13 février 1928, pour une paralysie générale classique. Réactions humorales (20 février 1928) : *Liquide céphalo-rachidien* lympho 41 ; Pandy positif ; benjoin 22222.20000.00000 ; pas de dosage d'albumine, en raison de la présence de sang ; Bordet-Wassermann positif.

En mars, volumineux anthrax du cou, 40°, état grave. Un mois après, amélioration progressive. Sorti en rémission complète le 10 juillet 1928, avec persistance des symptomes neurologiques. *Liquide céphalo-rachidien* (8 juin 1928) ; lympho. 4 ; albumine 0,32 ; Bordet-Wassermann positif ; benjoin 00000.00000.00000. Aucun traitement, sauf 3 injections de propidon du 22 au 26 mars.

OBSERV. IV. — Bar... Pierre, 44 ans, entré à l'Asile Sainte-Anne, le 13 mars 1928, après crise convulsive violente, dans un état de tabo-paralysie des plus graves, avec escarre et gâtisme. A la fin du mois, le malade est considéré comme perdu. Une fonte purulente de l'œil droit nécessite, le 25 avril, l'énucléation de l'organe ; fièvre oscillant entre 38° et 39°, pendant 3 semaines.

Au milieu de mars, transformation totale, véritable résurrection. Le poids passe de 46 à 64 kgr. Sort en rémission complète et reprend, au mois d'octobre, ses occupations à la compagnie du gaz de Paris.

L'examen des réactions biologiques donne :

Liquide céphalo-rachidien	13 mars 1928	5 février 1929
—	—	—
Lympho	10	3
Albumine	0,75	0,35
Globulines — Pandy	+	traces
Globulines — Weichbrodt	+	négatif
Benjoin	22222.22222.21000	00000.00000.00000
Elixir parégorique	+	négatif
Bordet-Wassermann	+	+
Floculation de Vernes		0
Meinicke	+	—
Sang		
Bordet-Wassermann	+	+
Floculation de Vernes		35
Meinicke		+

Ces deux observations montrent une rémission fort complète survenue à la suite d'infections fébriles (anthrax, fonte purulente d'un œil), rémission fort complète, non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue des modifications des réactions biologiques. Nous voyons, chez le premier, la lymphocytose passer de 41 à 4, le Pandy très positif devenir faiblement positif, le benjoin très positif dans les 6 premiers tubes devenir complètement négatif, le Bordet-Wassermann rester positif. Chez le second, la lymphocytose passer de 10 à 3, l'albumine de 0,75 à 0,35, les globulines disparaître, le benjoin et toutes les autres réactions devenir négatives, sauf le Bordet-Wassermann qui reste positif.

Nous rapporterons également quatre autres exemples publiés par Libert du laboratoire d'anatomie pathologique, de la clinique d'Hambourg-Friedrichberg (*Dtsch. Z. Nervenheilk,* 1929, CVIII, 265-275).

Observ. V à VIII. — Dans trois cas, il s'agit de paralysie générale typique au point de vue clinique ayant montré, au cours de l'évolution, une diminution des résultats sérologiques jusqu'à la négativation du Bordet-Wassermann et — dans deux cas — un déplacement des courbes paralytiques des réactions colloïdales vers la courbe de syphilis cérébrale. Le quatrième cas concerne un malade de 70 ans. L'examen histologique montrait une rétrocession très intense des manifestations inflammatoires, ainsi que l'apparition d'un processus vasculaire dans le sens d'endartérite des petits vaisseaux de l'écorce. Les trois premières malades étaient atteintes d'une affection organique très grave : carcinome de l'utérus avec phlegmon de la cuisse, cancer des organes du bassin, tuberculose pulmonaire avec cavernes.

III. — Le traitement antisyphilitique de la paralysie générale peut également atténuer ou faire disparaître, dans quelques cas, les réactions du liquide céphalo-rachidien, surtout en ce qui concerne le Bordet-Wassermann et l'hyperlymphocytose, sans qu'il y ait amélioration au point de vue psychique. En présence d'une méningo-encéphalite atypique au point de vue humoral, le médecin doit donc s'informer tout d'abord, si, dans les derniers temps, le malade n'a pas suivi un traitement spécifique capable d'influencer les réactions.

IV. — Si on doit tenir compte de cette influence du traitement anti-syphilitique, il faut encore davantage prendre en considération un traitement antérieur par les maladies infectieuses provoquées et tout spécialement par la malaria. Le professeur Claude, dans son exposé, vient de nous donner, à ce propos, des indications intéressantes portant sur 56 P. G., à liquide modifié par la malaria, après une deuxième ponction. Plaut et Kihn donnent la statistique suivante, immédiatement après l'impaludation thérapeutique : *liquide céphalo-rachidien :* diminution des modifications chimico-cytologiques 100 0/0 ; diminution du Bordet-Wassermann 45 0/ ; augmentation du Bordet-Wassermann 6 0/0.

La malariathérapie peut, dans quelques cas, rendre complètement négatives les réactions du liquide céphalo-rachidien, alors que la paralysie générale continue son évolution. Les deux auteurs précités rapportent à ce propos une observation démonstrative :

Observ. IX. — Un paralytique général très avancé présente, à la suite de l'impaludation, une amélioration progressive des réactions humorales ; reprise de la marche de la maladie, exitus. Huit jours avant la mort, il aurait été impossible, d'après les seuls examens du laboratoire, de poser le diagnostic de méningo-encéphalite ou de syphilis cérébrale.

Nous conclurons donc en disant que la paralysie générale ne peut évoluer sans réactions humorales positives dans le liquide céphalo-rachidien, au moins à une certaine période. Si celles-ci sont très atténuées ou ont disparu, ce n'est qu'à la suite de circonstances particulières : évolution très lente de la méningo-encéphalite, rémissions spontanées, infections fébriles, traitement anti-syphilitique, traitement par maladies infectieuses provoquées (malaria).

Nous ne parlerons pas dans cette communication des syndromes paralytiques avec absence de réactions humorales dans le liquide céphalo-rachidien, dont le diagnostic différentiel doit se faire entre tumeurs cérébrales du corps calleux ou des lobes frontaux, sclérose en plaque, sclérose cérébrale, maladie d'Alzheimer, artérite cérébrale, alcoolisme chronique, confusion mentale, etc.

Modifications humorales du liquide céphalo-rachidien chez des paralytiques généraux soumis à la malariathérapie

Par MM. O. Crouzon et J. Henrion
(de la Salpêtrière, Paris)

Les modifications du L. C.-R. chez des P. G. à la suite de la malariathérapie, qui ont été déjà signalées à diverses reprises par plusieurs auteurs, paraissent s'observer dans un nombre de cas assez élevé, soit qu'il s'agisse de modifications globales comprenant à la fois la diminution de l'albumine, des cellules, l'atténuation des réactions de Wassermann et du benjoin, soit au contraire qu'elles ne portent que sur quelques-uns ou un seul de ces éléments.

Dans les statistiques du service déjà publiées, on a observé la baisse parfois considérable du taux de l'albumine et des leucocytes dans le L. C.-R. de P. G. améliorés par la malariathérapie. Reprenant l'étude de ces modifications dans 25 cas où ont pu être pratiquées plusieurs P. L., nous trouvons :

Dans 19 cas, des modifications notables du liquide céphalo-rachidien.

Dans les 6 autres cas au contraire, peu ou pas de modifications.

Sur ces 19 cas, comportant des variations importantes, on constate dans 5 d'entre eux une amélioration portant globalement sur *le taux de l'albumine, le chiffre de leucocytes et la réaction de Wassermann.*

Les résultats obtenus chez ces malades sont les suivants :

			Albumine	Leucocytes	B. W.
M. J. E., 38 ans......	1re	3 juillet 27...	0,80	10,9	H^0
	2e	15 nov. 27...	0,40	2,1	H^3
Mme T. M., 40 ans...	1re	mai 26.......	0,65	9,5	H^0
	2e	juillet 26.....	0,45	2,2	H^6
Mme F. L., 40 ans...	1re	9 mai 27.....	0,45	38	H^0
	2e	25 août 27....	0,25	3	H^7
Mme C. B., 39 ans...	1re	12 mai 27....	0,30	35,1	H^0
	2e	3 août 27.....	0,25	2,6	H^7
Mme Q. C., 46 ans...	1re	31 juillet 28..	1,30	14,2	H^0
	2e	17 sept. 28...	0,60	2,4	H^5

Dans 5 autres cas la variation porte à la fois sur *la leucocytose et le taux de l'albumine.*

			Albumine	Leucocytes	B. W.
			—	—	—
M. J. J., 35 ans......	1re	27 avril 28....	0,75	17,2	H0
	2e	25 janv. 29...	0,40	3,4	H0
Mme V. M., 33 ans...	1re	25 avril 26....	0,85	38	H0
	2e	26 mai 27....	0,60	3	H0
Mlle B. G., 21 ans...	1re	20 mai 27....	0,80	40,5	H0
	2e	26 mars 28...	0,30	3,3	H0
Mlle S. E., 51 ans....	1re	20 nov. 26....	0,95	27,2	H0
	2e	27 déc. 26....	0,70	5,8	H0
Mme R. N., 30 ans...	1re	10 sept. 27...	1	25	H0
	2e	14 mars 28...	0,8	2,9	H0

Dans *4 cas*, la *leucocytose seule* a subi une diminution sensible.

			Albumine	Leucocytes	B. W.
			—	—	—
M. F. F., 50 ans......	1re	17 août 25....	0,85	32	H0
	2e	5 janvier 27..	0,65	9	H0
	3e	7 juin 28.....	0,60	7,2	H0
M. F. G., 46 ans.....	1re	4 octob. 26...	0,70	26	H0
	2e	27 déc. 26....	0,60	2	H0
Mlle J. J., 47 ans....	1re	5 février 26...	0,60	38,2	H0
	2e	30 août 26....	0,56	5,6	H0
	3e	5 avril 27.....	0,60	11,6	H0
Mme R. B., 37 ans...	1re	23 nov. 27....	0,60	32,5	H0
	2e	26 mars 28...	0,60	6	H0

Dans *4 cas*, nous trouvons des modifications de la *leucocytose et de la réaction de B.-W.*

			Albumine	Leucocytes	B. W.
			—	—	—
M. P. G., 44 ans.....	1re	sept. 27......	0,56	44,4	H0
	2e	octob. 28.....	0,40	4	H8
	3e	janvier 29....	0,38	1,2	H8
M. V. G., 37 ans.....	1re	2 nov. 27.....	0,40	22,5	H0
	2e	26 mars 28...	0,40	4	H5
M. M. M., 33 ans.....	1re	15 nov. 27....	0,85	35	H0
	2e	21 mars 28....	0,60	3	H4
Mme A. T., 34 ans...	1re	16 nov. 27....	0,35	8,4	H0
	2e	26 mars 28...	0,35	1	H6

Dans *1* dernier cas, enfin, nous notons une légère diminution de l'*albumine* et une *réaction de B.-W.* devenue négative.

			Albumine	Leucocytes	B. W.
			—	—	—
M. R. G., 29 ans.....	1re	30 mars 28...	0,65	4,9	H^4
	2e	10 sept. 28...	0,50	6,2	H^8

Quant à la *réaction du benjoin colloïdal,* elle s'est montrée moins fréquemment modifiée ; nous n'avons, en effet, sur les 19 cas précédemment cités, relevé que *4 cas* où la réaction complètement positive est devenue subpositive et *1* seul où elle est devenue complètement négative.

On voit donc que, dans l'ensemble, ces résultats sont de même ordre et en concordance avec ceux que fournissent les statistiques de M. H. Claude, relativement à ces modifications humorales du liquide céphalo-rachidien.

Il est intéressant enfin de rechercher quels rapports existent entre les améliorations cliniques constatées chez ces malades et les variations des caractères pathologiques de leur liquide céphalo-rachidien.

En général, ces améliorations humorales du L. C.-R. paraissent être d'une moindre fréquence que les résultats cliniques favorables. D'ailleurs, si dans la plupart des cas où nous avons relevé une évolution humorale favorable, il s'agissait (12 cas sur les 19 cités) de malades ayant eu amélioration clinique très nette et prolongée, il n'y a pas toutefois, semble-t-il, un parallélisme étroit et nécessaire entre ces deux ordres de faits. En effet, à côté d'assez nombreux cas où de très bons résultats cliniques ne sont pas accompagnés d'une régression du syndrome humoral, nous avons vu (beaucoup plus rarement il est vrai) que cette régression humorale peut n'être pas accompagnée d'une amélioration des symptômes cliniques.

L'importance de la réaction de la « Siliquid » dans l'examen du liquide céphalo-rachidien

Par MM. LEROY et MÉDAKOVITCH

(de l'Asile Ste-Anne, Paris)

SCHWARTZ et GRÜNEWALD ont décrit pour la première fois, en 1928, une réaction colloïdo-chimique dans le liquide céphalo-rachidien sous le nom de « Siliquid ». La « Siliquid », colloïde de l'acide silicique, avait été été préparée sur les indications de SCHWARZ, par la maison BOERINGER, de Mannheim, dans un but thérapeutique. Plus tard, SCHWARZ et GRÜNEWALD l'ont utilisée comme réactif.

Ce réactif toujours égal à lui-même, de conservation illimitée, est un colloïde limpide comme de l'eau, d'une très faible sensibilité électrolytique avec 0,25 0/0 de SiO^2. Il est tellement sensible que ces auteurs citent quelques cas dans lesquels il était positif (paralysie générale), alors que les réactions de BORDET-WASSERMANN et colloïdales chimiques étaient encore négatives. Renforcé avec un électrolyte, solution de chlorhydrate d'ammoniaque de 1,50 0/0, la « Siliquid » est devenue une réaction très pratique.

Pour exécuter la réaction, mettre dans un tuble à hémolyse 0,25 de L. C.-R., puis 0,25 de la solution de chlorhydrate d'ammoniaque et enfin 0,25 de « Siliquid », en faisant couler la solution le long des parois du tube. En cas de forte réaction, la floculation se fait déjà à froid, mais, pour rendre la réaction plus nette, on chauffe le tube pendant cinq minutes dans un bain-marie à 80°. Par le refroidissement, il se forme au fond du tube un coagulum plus ou moins abondant. Le résultat s'énonce par les signes ++, +, ±.

Si on dispose seulement d'une très faible quantité de liquide céphalo-rachidien, on ajoute à une quantité quelconque, par exemple un cc. de « Siliquid », le liquide céphalo-rachidien disponible goutte à goutte. Dans le cas de paralysie générale, la cinquième ou la sixième goutte donne les premiers nuages du trouble, tandis que la dixième goutte donne un trouble complet. Pour les cas de tabès et de syphilis cérébrale, il faut un nombre de gouttes supérieur. La réaction peut donc être utilisée pour le

diagnostic différentiel. L'intensité de la réaction s'échelonne dans un ordre décroissant : paralysie générale, syphilis cérébrale, tabès.

SCHWARZ et GRÜNEWALD ont expérimenté la réaction de la « Siliquid » sur 104 liquides céphalo-rachidiens, le résultat a été le même que celui obtenu par le mastic. KEINING et SEREFIS ont pratiqué 200 examens de liquide céphalo-rachidien et ont comparé la « Siliquid » avec différentes autres réactions. Deux fois seulement la « Siliquid » ne concordait pas avec le mastic. Elle donnait absolument les mêmes accords que le Bordet-Wassermann et l'augmentation des éléments cellulaires. Nous avons nous-mêmes pratiqué à Sainte-Anne 100 réactions dans différentes affections mentales. Les résultats ont toujours été négatifs quand il s'agissait d'épilepsie, de démence précoce, d'alcoolisme, de mélancolie ou de psychose maniaque dépressive. Ils ont toujours été positifs quand on se trouvait en présence de paralysie générale, de syphilis cérébro-spinale ou de tabès. Dans les cas de syphilis latente, la réaction s'est montrée légèrement positive ou douteuse, malgré un BORDET-WASSERMANN négatif. Ces cas, après réactivation, donnaient une réaction de « Siliquid » nettement positive et un Bordet-Wassermann également positif.

L'intérêt pratique de l'examen du liquide céphalo-rachidien démontré par la guérison d'un syndrome hébéphrénique

Par MM. Fribourg-Blanc et Gauthier
(du Val-de-Grâce, Paris)

S'il était encore nécessaire aujourd'hui de démontrer l'intérêt pratique de l'examen du liquide céphalo-rachidien chez les psychopathes, le cas que nous désirons relater en fournirait une preuve évidente. Voici les faits :

Le sergent Ch..., 29 ans, est hospitalisé au Val-de-Grâce le 2 février 1930, présentant un syndrome d'excitation psychique avec agitation et état délirant. Son agitation a été suffisante pour nécessiter l'emploi de la camisole de force et une injection de Somnifène. Il est très excité, mais nullement agressif, logorrhéique, il rappelle le souvenir d'une hospitalisation antérieure au Val-de-Grâce, il y a 7 ans, fausses reconnaissances du médecin, de l'infirmière, il reconnaît sa femme en la personne d'une autre infirmière. Pas de désorientation dans l'espace ni dans le temps, mais il ne peut raconter exactement ce qui s'est passé la veille, et reste sur ce sujet tout à fait incohérent — langue très saburrale — apyrexie.

L'étude des antécédents du malade, établie d'après les indications de sa femme et du médecin de son corps, révèle les faits suivants :

Père décédé à la suite de paralysie des membres inférieurs de nature ignorée. Mère morte de phlébite. Une sœur décédée à 5 ans de méningite. Un frère en bonne santé. Pas de malades psychiques dans la famille.

Enfance normale. Sujet intelligent et travailleur, ouvrier mécanicien jusqu'à son service militaire. Incorporé en 1921, il est hospitalisé au Val-de-Grâce du 16 octobre au 24 décembre 1921 pour méningo-myélite, avec Kernig, nystagmus, vomissements, bradycardie, constipation, paralysie flasque des membres inférieurs et troubles sphinctériens. Complètement guéri de cette affection dont la nature est restée indéterminée, il reprend son service et contracte un rengagement. Il revient en consultation au Val-de-Grâce en 1923 et en 1925 pour troubles névropathiques de type obsessionnel

avec préoccupations de la sphère génitale (troubles de l'éjaculation), mais il n'interrompt pas son service où il est d'ailleurs très bien noté.

En 1926, ayant toujours tendance à s'inquiéter des moindres troubles de la sphère génitale, il consulte pour une petite ulcération à la verge, mais tous les examens de laboratoire sont négatifs (ni spirilles, ni tréponèmes, B.-W. négatif). La réaction de Wassermann, plusieurs fois pratiquée depuis, est toujours restée négative.

Mariée en 1927, pas d'enfant, sa femme bien portante n'a pas fait de fausse-couche.

Depuis son mariage, les troubles névropathiques et les préoccupations d'ordre génital avaient disparu, sa femme n'a jamais noté chez lui d'anomalie psychique. Mais, depuis quelques mois, il se sentait fatigué par un travail intellectuel assez intense (service de comptabilité et préparation d'un examen). Il présentait en outre, depuis plusieurs semaines, des troubles digestifs avec constipation tenace, et, dans les derniers jours, il se plaignit de céphalées particulièrement pénibles. Un de ses chefs, enfin, avait été surpris, il y a 8 jours, de son allure bizarre et avait remarqué qu'il lui arrivait d'oublier ce qu'il avait fait une heure auparavant.

Dans la nuit du 1er au 2 février 1930, Ch... s'était réveillé vers 4 heures du matin se plaignant de maux de tête, puis, vers 7 heures, il eut un accès de tristesse avec larmes faisant suite à un état d'excitation génitale anormale. Dans la matinée s'était manifestée une subexcitation psychique avec accès de tendresse et manifestations exagérées dans la rue. Il embrassait sa femme, interpellait des inconnus dans le métro, interprétait l'attitude des gens qui voyagaient avec lui. Dans le service, les troubles s'étaient rapidement accentués et avaient nécessité l'hospitalisation.

Dans la soirée du 3 février, Ch... est moins bien orienté dans le temps, il déclare qu'il est là depuis une heure, reconnaît cependant qu'il est au Val-de-Grâce, mais oppose un négativisme complet à l'absorption de liquide.

4 février 1930. — Etat stationnaire au point de vue psychique, fausses reconnaissances persistantes, propos incohérents avec préoccupations centrale de la mort et de la vie éternelle.

L'examen du système nerveux montre des réflexes tendineux brusques des deux côtés, sans clonus du pied ni de la rotule et des *réflexes cutanés plantaires se faisant des deux côtés en extension.* Pas de paralysie des membres. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accomodation. Intégrité des nerfs crâniens.

Ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien clair.

Tension : 25 avant prélèvement, } en position couchée.
7 après prélèvement de 17 cm³, }

Quotient d'Ayala : $\frac{Q - F}{I} = \frac{17 \times 7}{52} = 4,76.$

Sucre = 0,85.

Albumine = 0,25.

39 lymphocytes par mm³.

B.-W. moyennement positif.
Benjoin colloïdal :
00.001 22.222 21.212.
Forte déviation vers la zone méningitique.
Faible déviation vers la zone syphilitique.

Sang : B.-W., négatif. Urée = 0,30.

5 février 1930. — Plus calme dans l'après-midi, conversation possible, demande depuis combien de temps il est là, ce qui s'est passé, dit qu'il a eu des cauchemars terribles, pleure, a peur de devenir fou, réclame sa femme.

Cet intervalle lucide ne dure qu'une heure et est suivi d'une recrudescence d'agitation désordonnée, avec agressivité subite et inattendue contre un infirmier.

8 février 1930. — Persistance de l'incohérence des propos et des actes avec mimique stéréotypée, négativisme, opposition — accès de rire et de pleurs immotivés.

12 février 1930. — Depuis deux jours, recrudescence de l'agitation, alternant avec des phases de lucidité relative au cours desquelles il est possible d'avoir avec Ch... une conversation de quelques instants. A ces phases lucides font suite des périodes d'incohérence totale avec agitation motrice rythmée intense, digitophagie, morsures volontaires profondes des bras et même de la langue qui obligent à maintenir un morceau de bois entre ses dents. Cette agitation se présente au paroxisme dans la soirée du 11 février et n'est calmée que par deux piqûres successives de morphine.

Assez calme, dans la matinée du 12 février, Ch... s'agite à nouveau dans la soirée, cherche à se frapper violemment la tête contre le mur, s'écorche les pieds et la face. A peine calmé par une injection intra-veineuse de somnifène.

En résumé, état d'incohérence psychique complète avec négatitivisme, stéréotypies, agitation motrice intense, intermittente, à début brutal, s'accompagnant de tentatives d'auto-mutilations par morsure, syndrome alternant avec de courtes périodes de lucidité et dont l'allure générale peut faire penser à un début de Démence Précoce.

Liquide céphalo-rachidien caractérisé par une réaction du benjoin colloïdal fortement dévié vers la zone méningitique, et faiblement vers la zone syphilitique, une réaction de Wassermann moyennement positive, une lymphocytose à 39 éléments par mm³ et une albuminose à 0,25.

Traité du 2 au 11 février par injections intra-veineuses d'uro-

tropine, cette médication semble n'avoir eu aucune efficacité. La posivité de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien nous fait instituer un traitement par les injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

18 février 1930. — Les phases d'accalmie sont devenues plus fréquentes depuis 5 jours. Cette atténuation du tableau morbide coïncide avec le traitement par injections de cyanure de mercure (7[e] injection aujourd'hui).

Une nouvelle ponction lombaire confirme l'amélioration clinique.

Liquide céphalo-rachidien clair.
5,2 lymphocytes par mm^3.
Sucre, 0,75.
Albumine, 0,20.
B.-W. négatif.

3 mars 1930. — Fin du traitement au cyanure de Mercure. L'agitation est très atténuée. Elle fait place à un état dépressif avec crises de larmes, parfois entrecoupées de rires immotivés. Refus intermittent d'aliments. Mimique stéréotypée.

15 mars 1930. — Le malade est beaucoup moins incohérent, seul l'état dépressif persiste. On est obligé de le maintenir au lit car, si on le laisse libre, il cherche à se lever et, livré à lui-même, il titube et tombe. L'examen organique ne révèle cependant aucun signe de lésion en foyer du système nerveux. Le signe de Babinski bilatéral, observé au début de la maladie, a disparu. Les réflexes tendineux sont normaux aux quatre membres. On note cependant une légère parésie des membres gauches avec maladresse et incoordination motrice de ce côté. Le malade s'alimente bien et devient même boulimique, au point qu'on doit le restreindre à cet égard.

30 mars 1930. — Amélioration progressive de l'état psychique. La conversation redevient logique et cohérente. Seule persiste une hyperémotivité marquée avec accès de larmes intermittents. Le malade se lève et va se promener au jardin, soutenu par le bras, car il est encore vertigineux et accuse toujours une certaine parésie des membres gauches. Il se rend compte qu'il a été très malade et demande pardon en pleurant des insultes qu'il a pu proférer à l'égard des infirmiers et dont il a gardé un vague souvenir.

30 avril 1930. — L'amélioration s'est poursuivie au cours du dernier mois et le psychisme du sujet peut être considéré aujourd'hui comme normal. L'état organique est excellent. Seule persiste une légère maladresse de la main gauche. Le malade quitte l'hôpital le 2 mai avec un congé de convalescence de trois mois.

Il nous a écrit le 24 juin, en nous confirmant sa guérison et en nous signalant qu'il avait peu à peu récupéré toute la force et l'adresse de ses membres gauches.

⁂

Ce cas clinique nous a paru intéressant à divers titres :

1° Le syndrome mental observé pendant le premier mois faisait nettement penser à un début de démence précoce. Il ne s'agissait pas, en effet, d'un simple état confusionnel aigu, car le malade était assez bien orienté dans le temps et dans l'espace. Un accès maniaque se serait manifesté par une euphorie, une causticité et une vivacité de perception des faits ambiants que le sujet ne présentait nullement. Par contre l'incohérence des propos et des actes, le négativisme, le refus d'aliments, les stéréotypies, la discordance de la mimique et des propos, les tentatives d'automutilation, l'agressivité brutale intermittente, les accès de rire et de pleurs immotivés permettaient de penser à un syndrome hébéphrénique et faisaient soupçonner une évolution fâcheuse.

L'apyrexie, l'absence de signes méningés et de symptômes encéphalitiques paraissaient concorder avec ce diagnostic.

Mais l'examen méthodique nous avait révélé la présence d'un signe de Babinski bilatéral et l'analyse du liquide céphalo-rachidien démontrait qu'il ne s'agissait pas d'un syndrome mental purement psychogène et qu'il existait une atteinte évidente de méningo-encéphalite.

Du point de vue clinique le cas de notre malade nous parait entrer dans ce groupe intermédiaire, groupe des confusions et des démences précoces, que M. Claude classe entre les psychoses d'origine nettement organique à lésions anatomiques bien définies et les syndromes psychopathiques sine materia.

2° L'observation de notre malade met en évidence l'intérêt capital de l'examen du liquide céphalo-rachidien qui doit être pratiqué systématiquement chez tous les malades mentaux, sauf cas d'impossibilité matérielle absolue. Nous pensons, comme M. Claude, qu'il y a intérêt à répéter souvent au cours de la maladie les ponctions lombaires, cet intérêt est démontré par notre cas clinique. La marche des poussées évolutives d'encéphalite est ainsi contrôlée.

3° Les préoccupations de nombreux psychiatres ont été dirigées au cours de ces dernières années vers la recherche des signes révélateurs de lésions organiques dans la démence précoce. Le cas que nous présentons vient étayer la thèse de l'organicité de cette affection. [Nous voulons parler des formes de démence précoce du type Morel-Krœpelin, laissant à part le groupe, très différent, des schizophrénies]. Courtois (1), entre autres, a attiré l'attention sur les anomalies de ce liquide dans la démence précoce et a signalé l'hyperalbuminose, la lymphocytose, la présence de globulines et

(1) *Société Médico-Psychologique*, 29 avril 1929.

l'extension du benjoin colloïdal dans la zone méningitique. Nous retrouvons les mêmes anomalies chez notre malade.

4° Mais il est un fait qui nous paraît plus intéressant encore, c'est la posivité de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien de notre sujet. La guérison clinique obtenue à la suite du traitement antispécifique, guérison concordant avec la négativation de la réaction de Wassermann, semble plaider en faveur de l'origine spécifique du syndrome hébéphrénique chez notre malade.

S'agit-il ici d'une syphilis acquise ? Nous ne le pensons pas, car la réaction de Wassermann plusieurs fois pratiquée dans le sang de Ch..., depuis 1921, avait toujours été négative. Le sujet, nous l'avons dit, avait présenté des accès de préoccupations obsessionnelles intéressant la sphère génitale et l'érosion préputiale signalée en 1926 n'avait pas fait la preuve de sa nature spécifique. Par contre, le père de Ch... est décédé des suites d'une paralysie des membres inférieurs de nature ignorée. Ne sommes-nous pas en droit de soupçonner une spécificité héréditaire ? La moyenne positivité du B.-W. dans le liquide céphalo-rachidien de notre malade s'opposant à la négativité du B.-W. sanguin semble plaider aussi en faveur d'une hérédo-syphilis.

La syphilis a-t-elle été le seul facteur étiologique dans l'apparition du syndrome observé, nous ne saurions l'affirmer. Peut-être n'a-t-elle fait que préparer le terrain. D'autres infections que la syphilis sont, sans doute, capables de déterminer des poussées d'encéphalite analogues et de déclancher l'apparition d'un syndrome hébéphréno-catatonique.

Il n'en est pas moins intéressant de constater la guérison obtenue chez notre malade par le traitement qui nous a été dicté par le seul examen du liquide céphalo-rachidien.

Paralysie générale sans réactions du liquide céphalo-rachidien

Par MM. O. Crouzon et J. Henrion
(de la Salpêtrière, Paris)

Les réactions humorales du liquide céphalo-rachidien constituent un des éléments du syndrome de la paralysie générale dont l'importance de premier plan, particulièrement du point de vue diagnostic, en rend l'étude spécialement intéressante.

Certains auteurs affirment la constance absolue, au moins en ce qui concerne la réaction de Wassermann (Sicard et Haguenau), du caractère positif de la réaction qu'ils considèrent comme nécessaire pour porter le diagnostic de P. G.

Cependant s'il est incontestable que ces réactions humorales doivent être considérées comme partie essentielle du syndrome de P. G., des cas authentiques de cette maladie ont été rapportés (H. Claude) dans lesquels l'examen du liquide céphalo-rachidien n'a pas montré d'anomalies notables (au moins pendant une période de l'évolution), cas auxquels la vérification à l'autopsie a apporté une confirmation absolue.

L'un de nous ayant eu l'occasion, avec MM. Babinski et Séglas, d'observer un cas où la paralysie générale était évidente cliniquement et où les réactions humorales étaient absentes, a spécialement recherché à la Salpêtrière s'il existait des cas semblables. Dans 328 observations de malades de notre service chez lesquels fut porté le diagnostic de P. G., le nombre des cas où il n'existait pas d'anomalies notables du liquide céphalo-rachidien a été de quatre. Chez 3 d'entre eux, les résultats étaient les suivants :

		Albumine	Leucocytes	B. W.	Benjoin
M. G. 51 ans......		0,20	1	H^8	»
M. Q. E. 42 ans...	1er	0,25	1	H^8	négatif
	2e	0,22	3,2	H^8	négatif
M. F. A. 50 ans...	1er	0,22	2,7	H^8	négatif
	2e	0,22	0,9	H^8	négatif

Dans tous ces cas, du point de vue uniquement clinique, le diagnostic de P. G. qui paraissait s'imposer au premier examen a semblé devoir se confirmer au cours de l'évolution pendant laquelle les malades furent soumis à des examens répétés pratiqués à la consultation par M. le Dr Vurpas. Ces trois sujets présentaient tous un syndrome psychique complet et caractéristique de P. G., du tremblement, de la dysarthrie, un signe d'Argyll-Robertson. L'un d'eux présentait en outre de l'abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs et des crises épileptiques.

Chez aucun de ces trois malades, il ne nous a été donné de pratiquer l'autopsie de sorte qu'il nous manque la preuve certaine du diagnostic par l'examen anatomo-pathologique. Il nous paraît cependant intéressant de signaler ces cas, sinon à titre d'éléments de certitude, du moins à titre d'éléments de présomption de P. G. sans réactions humorales à un moment donné de l'évolution en concordance avec les observations de M. H. Claude.

A côté de ces trois malades, nous signalerons l'observation d'un malade manifestement spécifique et se présentant avec un syndrome psychique de paralysie générale, sans signe d'Argyll, sans tremblement ni dysarthrie, la ponction lombaire avait donné les résultats suivants :

Albumine	Leucocytes	B. W.	Benjoin
—	—	—	—
0,45	2,8	H^5	négatif

soit donc une très légère augmentation de l'albumine et une réaction de B.-W douteuse. L'évolution se fit comme celle d'une P. G. et aboutit à un état démentiel complet. L'autopsie n'a pas révélé de lésions macroscopoiques caractéristiques de la P. G.

L'examen histologique sera fait ultérieurement.

En résumé, il semble bien qu'on puisse observer des cas autenthiques de paralysie générale sans réactions du liquide céphalo-rachidien, il n'est pas moins certain qu'il s'agit là de cas rares (4 cas sur 328 dans notre statistique) et qui, par suite, ne sauraient diminuer en aucune façon l'extrême importance diagnostique de l'examen du liquide céphalo-rachidien chez les sujets suspectés de paralysie générale.

Le liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme

Par MM. Abadie et Pauly
(de Bordeaux)

La composition du liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme est une question qui ne semble pas encore avoir reçu, à l'heure actuelle, une solution définitive, malgré les assez nombreuses publications qui lui ont été consacrées. Aussi avons-nous pensé, à l'occasion du rapport présenté sur « Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales », qu'il n'était pas superflu d'apporter au débat une statistique provenant de la Clinique des maladies nerveuses et mentales de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Cette statistique est constituée par les cent dernières ponctions lombaires pratiquées sur les alcooliques du service, quelles que soient les affections (nerveuses ou mentales) pour lesquelles ils avaient été hospitalisés. Nous avons éliminé les malades atteints de pachyméningite hémorragique, d'infections aiguës ou chroniques manifestement en évolution, et tous ceux qui, par profession ou accident, auraient pu être exposés à une intoxication quelconque autre que l'éthylisme. Nous tenons compte, uniquement, de l'examen cytologique et de l'examen chimique courant du liquide céphalo-rachidien. Le dosage de l'albumine totale a été effectué par une méthode de floculation, la méthode de Denigès. Nous avons admis, comme normale, la composition suivante du liquide céphalo-rachidien, telle qu'elle est exposée dans le livre récent de Rieser :

Cytologie : 0,1 à 3 éléments par millimètre cube à la cellule de Nageotte.

Albumine : 0,10 à 0,30 0/00.

Sucre : 0,45 à 0,85 0/00.

Chlorures : 7 gr. 50 pour 1.000 environ.

Les cent cas étudiés peuvent être groupés sous les deux rubriques suivantes :

Ethylisme aigü : cinquante-six cas.

Ethylisme chronique : quarante-quatre cas.

Par *éthylisme aigü,* nous entendons :

Les psychoses aiguës (50 cas) (Delirum tremens vrai. — Confusion mentale onirique agitée. — Ivresses délirantes).

Les psychoses subaiguës (6 cas) (Confusion mentale onirique transitoire. Excitation psycho-motrice légère. Séquelles de confusion mentale).

Dans tous ces cas, la ponction lombaire n'a décelé aucune formule de réaction méningée latente. Une seule est à la limite de la normale : albumine 0,40 0/00 et à la cellule de Nageotte 3,9 éléments par millimètre cube, mais il s'agissait d'un peintre, le cas a été éliminé de la statistique.

La *formule cytologique* moyenne est : 0,99 élément par millimètre cube. Nous ne notons que 4 cas sur 50 de psychoses aiguës ayant de 2,42 à 3 éléments par millimètre cube.

Dans la règle, il n'y a donc pas de pléocytose. Les réactions méningées latentes, les méningites subaiguës alcooliques, décrites par quelques auteurs, nous paraissent être une très grande exception.

Par contre, la *quantité d'albumine* du liquide céphalo-rachidien présente quelques variations notables : il y a hyperalbuminose isolée dans 30 0/0 des cas : légère dans 18 0/0 des cas (de 0,30 à 0,50 0/00), nette dans 12 0/0 des cas (de 0,50 à 0,80, chiffre le plus élevé). L'interprétation de cette hyperalbuminose nous est facilitée depuis la très suggestive communication de MM. Claude, Targowla et Lamache, à la séance du 20 octobre 1927 de la Société de psychiatrie. Après avoir analysé trois cas de « Réactions transitoires du liquide céphalo-rachidien au cours de psychoses aiguës et subaiguës alcooliques », ces auteurs font remarquer l'existence chez leurs malades d'antécédents hérédo-syphilitiques ou d'antécédents familiaux de tuberculose. Et ils concluent en disant : « Il semble donc qu'il faille considérer ici la réaction méningée comme une sorte de réveil transitoire d'une inflammation de date ancienne, extrêmement torpide ; elle réalise une véritable réactivation biologique par l'intoxication, révélant l'existence de la vieille atteinte du névraxe qui a depuis longtemps cessé d'évoluer, mais constitue apparemment un foyer d'appel. »

L'étude attentive des antécédents de nos malades nous a imposé l'obligation de nous rallier entièrement à cette interprétation. L'hyperalbuminose isolée, que nous avons uniquement constatée, paraît avoir une signification identique. En effet, dans les 6 cas sur 50 d'hyperalbuminose franche (au-delà de 0,50 0/00) au cours du delirum tremens, nous relevons : 4 fois, des antécédents d'hérédo-syphilis ou des antécédents familiaux de tuberculose (un cas imprécis : père mort paralysé ; — une fois : père mort aliéné ; — deux fois : hérédo-spécificité certaine) et 2 fois des antécédents pathologiques personnels, chez une femme de trente-huit ans hérédo-alcoolique, dont la mère est morte bacillaire et qui a fait trois fausses couches — et chez un homme traité plusieurs années

auparavant, à Strasbourg, pour une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et dont la femme est stérile. — Toute hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien au cours de psychose alcoolique aiguë doit donc attirer l'attention sur l'étude des antécédents du malade. Par ailleurs, elle ne fournit aucun élément de pronostic : sur 9 décès, 7 fois, il n'existait aucune modification du liquide céphalo-rachidien.

Nos 44 cas d'*éthylisme chronique* se répartissent ainsi : 2 cas de polynévrite alcoolique sans modification du liquide céphalo-rachidien ; 8 cas d'épilepsie éthylique dont 4 présentent une hyperalbuminose variant de 0,40 à 0,50 0/00 ; 1 cas de démence alcoolique dans lequel la composition du liquide céphalo-rachidien a été : albumine : 0,12 0/00 ; Nageotte : 1,32 élément par millimètre cube. Les 33 autres cas d'éthylisme chronique comprennent des malades déprimés en cours de sevrage, des délirants chroniques, des débiles mentaux. Dans le liquide céphalo-rachidien de ces malades, il existe une hyperalbuminose, allant de 0,30 à 0,60 0/00, sans pléocytose dans 39 0/0 des cas. Or, comme précédemment, il n'est pas un cas démonstratif où l'alcool puisse être invoqué comme la seule cause efficiente de cette hyperalbuminose ; dans le passé des malades, on retrouve toute une série d'affections qui peuvent être à son origine : traumatisme cranien ancien, syphilis traitée, paludisme, pour ne citer que les plus fréquemment notées chez nos malades.

Ainsi, nous souscrivons à l'opinion déjà admise suivant laquelle l'alcool frappe plutôt le parenchyme cérébral que les méninges. La méningite chronique, trouvée à l'autopsie des alcooliques, nous paraît être une résultante d'atteintes infectieuses et toxiques diverses. En pratique, chez tout éthylique qui présente une hyperalbuminose isolée du liquide céphalo-rachidien, il faut savoir que l'alcool n'est jamais le seul coupable. En outre, nous avons établi une comparaison avec 35 malades atteints de troubles mentaux variés sans rapports avec l'alcoolisme ; la plupart sont des malades atteints de psychoses constitutionnelles. Nous avons trouvé, dans 25 0/0 des cas, une hyperalbuminose légère oscillant de 0,30 à 0,35 0/00 ; ces réactions et ce pourcentage sont nettement inférieurs à ceux des alcooliques. Si donc la ponction lombaire ne peut fournir d'élément de diagnostic différentiel dans les psychoses éthyliques, elle apporte une contribution à la physiologie pathologique des méninges : il semble ressortir de cette statistique la notion que l'alcool agit, au niveau des méninges, comme un véritable mordant pour toutes infections ou intoxications susceptibles de se localiser sur les enveloppes du névraxe.

Automatisme mental et syndrome d'auto-possession

Par le Pr Aug. Ley (de Bruxelles)

Les phénomènes d'automatisme mental avec syndrome de dépossession, avec négation d'organes et désagrégation de la personnalité sont relativement fréquents au cours de la paralysie générale, surtout au début de cette affection, lorsque les malades sont encore lucides et capables d'introspection. M. Heuyer (1) a publié sur ce sujet un intéressant travail et en a relaté de très nombreux exemples.

Nous connaissons les cas si bien décrits par Dupré, de démonopathie et de zoopathie, où l'individu se croit habité par un diable ou un animal pernicieux. Mais je ne sache pas qu'il existe dans la littérature médicale d'exemple d'un syndrome net d'*auto-possession* où la malade, niant son existence corporelle, se croyait possédée par elle-même.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans, Rébecca X..., israélite polonaise, sans antécédents pathologiques ni héréditaires, qui n'eut jamais ni enfants, ni fausses-couches, mais qui fut toute sa vie obsédée par le désir d'en avoir, dont la syphilis était ignorée et qui se trouvait au début de la ménopause. L'utérus était normal.

Malade depuis trois mois, elle continuait de s'occuper normalement de son ménage, mais se plaignait de troubles cœnesthésiques et de malaises variés, à caractère hypochondriaque, avec sentiment d'un changement bizarre qui s'opérait en elle.

Brusquement, huit jours avant son entrée à l'hôpital, où l'on n'eut aucune peine à reconnaître un syndrome de méningo-encéphalite spécifique, dont les signes physiques et humoraux étaient nets, elle avait présenté une vive agitation avec des idées de négation très particulières, consistant à nier son existence propre, à considérer son organisme comme un corps

(1) *Encéphale*, 1927.

étranger, contre lequel elle s'emporte et qu'elle frappe, mord et violente. Puis elle prétend à son mari que la « vraie » Rébecca est enfermée dans le ventre de ce personnage étranger, qu'elle veut l'en faire sortir, et qu'alors seulement les ennuis seront terminés et qu'elle pourra vivre heureuse avec lui, « très longtemps ». Sans exprimer d'idées nettes d'éternité, elle insiste vivement sur ces félicités prolongées que la vie en commun leur apportera, après sa délivrance.

Au moment de son entrée dans le service hospitalier, les impulsions coléreuses contre son ex-moi physique sont très violentes. Elle injurie son corps, frappe cette prison étrangère dont on l'empêche de sortir, s'arrache la peau du ventre, le triture, et le comprime pour en faire sortir Rébecca. Elle cherche à se procurer des instruments tranchants et aurait fait, si elle en avait eu l'occasion, une auto-laparotomie malencontreuse. Elle provoque, en introduisant le doigt dans l'arrière-gorge, des vomissements qui vont jusqu'à l'émission de sang, dans l'espoir de faire sortir sa personne réelle de cette cavité abdominale où on la tient prisonnière. Toujours ses affirmations à ce sujet restent nettes et concordantes. Elle est d'ailleurs bien orientée, reconnaît les personnes et les lieux, et devant les émotions de son mari, elle le console en le persuadant qu'elle vit toujours et que bientôt elle arrivera à se faire rendre la liberté. Puis, devant lui, elle invective à nouveau violemment sa cavité abdominale considérée toujours comme sa prison.

Ce délire est resté très fixe. A peine a-t-elle émis de temps à autre un doute sur l'existence, dans son abdomen, d'un enfant, puis d'un homme, mais ces idées ont été fugaces et le délire d'auto-possession réapparaissait immédiatement avec violence.

Cette femme est morte après un mois d'un brusque ictus apoplectiforme. L'autopsie, même clandestine, n'a pu, pour des motifs d'ordre religieux, être pratiquée.

Il nous a paru intéressant de vous soumettre cette brève observation. Je n'ai pas trouvé dans la littérature d'exemple d'une dissociation psychique analogue.

Les idées de négation, si absurdes qu'elles puissent paraître, ne sont pas l'expression d'une démence profonde. Elles peuvent disparaître. Nous les voyons dans ce cas constituer encore cette association curieuse à des idées d'éternité.

La dissociation du moi, présentée par cette malade, est bien

intéressante. Niant l'existence de son moi physique, objectif, elle affirme que celui-ci, et surtout son moi psycho-moral, sont emprisonnés dans un personnage étranger, et elle cherche à les libérer.

Il est curieux de retrouver au début de ce syndrome, à base organique de paralysie générale, la période de malaise, les troubles cœnesthésiques, le sentiment d'étrangeté, l'hypochondrie si caractéristique au début des psychoses systématisées chroniques (Magnan) et de bon nombre de phénomènes d'automatisme mental.

Notons aussi chez cette malade les préoccupations très intenses au sujet de sa stérilité qui semblent bien avoir conditionné la tendance aux préoccupations abdominales.

C'est surtout la pathologie de la personnalité qui nous éclaire sur la complexité de la synthèse du Moi, dans laquelle les philosophes sont parfaitement autorisés à considérer des entités diverses, hiérarchisées, dominées par la notion du « Moi pur », du « Je » ou « Moi connaissant », capable d'apprécier ces curieux « sentiments d'automatisme » que l'introspection permet souvent, même aux malades, de distinguer de l'automatisme mental lui-même.

Discussion

M. Leroy (de l'Asile Ste-Anne, Paris). — M. le professeur Ley vient de nous donner une observation intéresante de syndrome d'auto-possession et de négation chez une paralytique générale. Il y a un mois, j'ai présenté avec mes collaborateurs, un cas de délire de négation survenu chez une femme après impaludation. J'ajouterai que le délire a complètement disparu au bout de 15 jours. On m'a objecté que le délire des négations était très fréquent dans la méningo-encéphalite non traitée et que la malariathérapie n'avait rien à voir avec l'éclosion du syndrome. Ce genre de délire éclatant après l'impaludation, doit être rare puisque nous n'en connaissons qu'un cas relaté par Targowla au Congrès d'Anvers et que Gerstmann n'en parle pas. Guiraud a émis l'opinion qu'après la malariathérapie, les troubles physiques dus à la fièvre peuvent amener le syndrome des négations. Or, nous n'en voyons pas à la suite de milliers d'impaludations pratiquées depuis 10 ans dans le monde entier.

Je demanderai au professeur Ley s'il a vu quelquefois des délires de négation survenus à la suite de malariathérapie.

M. Ley. — Je n'en ai personnellement pas observés.

MM. Dardenne et Focquet (de Dave-les-Namur). — Les cas de mélancolie succédant à la malariathérapie sur environ 250 cas traités à l'asile de Dave, tout en existant, ne constituent que l'exception. Ils n'ont jamais été chez nous jusqu'à la négation de la personnalité, sans manifester d'ailleurs de tendance à la guérison.

M. Vermeylen (de Bruxelles). — Les délires de négation sont rares après l'impaludation des P. G., mais ont été décrits. Je rappelle qu'au Congrès d'Anvers, il y a deux ans, j'ai fait une communication, en collaboration avec le Dr Vervaeck P., sur l'apparition du syndrome hypochondriaque après l'impaludation. Un des cas que nous citions présentait un syndrome de Cotard à peu près complet avec négation d'organes. J'estime que tous les syndromes mentaux peuvent se présenter après l'impaludation des P. G., sans qu'on puisse encore, à l'heure actuelle, en préciser les causes efficientes. Dans notre statistique de 64 cas, j'ai relevé 12 cas de psychoses diverses ayant succédé à l'impaludation.

M. Leroy. — Les dépressions mélancoliques survenant après l'impaludation sont presque la règle.

Ce sont des dépressions légitimes résultant de la conscience qu'a le malade de la gravité de son état. Certains auteurs ont même signalé des suicides chez les impaludés en complète rémission, parce que les sujets n'avaient pas pu retrouver une situation. Ces suicides n'étaient pas le fait d'idées mélancoliques pathologiques.

Contribution au traitement des Atrophies optiques par la Malariathérapie

Par MM. LEROY, MÉDAKOVITCH et Maurice PRIEUR

(Asile Ste-Anne, Paris)

Il nous a paru intéressant de vous rapporter deux observations de malades présentant le syndrome atrophie optique et, chez lesquels, la malariathérapie a amené une amélioration très appréciable de la vision.

OBSERV. I. — Pell... Tell, âgé de 38 ans, entre à Sainte-Anne le 24 décembre 1928 pour une syphilis cérébrale avec léger affaiblissement intellectuel, idées de suicide, dysarthrie, atrophie bilatérale des nerfs optiques, abolition des réflexes rotuliens et achilléens, douleurs fulgurantes. Le liquide céphalo-rachidien présente une réaction du benjoin de type syphilitique, 0,70 d'albumine, 5 lymphocytes par millimètre cube. Syphilis contractée il y a 15 ans.

A noter que Tell est un autre INAUDI, calculateur aussi prestigieux. Dès l'âge de 7 ans, il faisait immédiatement des additions compliquées, au point que l'instituteur n'en revenait pas de surprise. Mémoire toujours excellente, surtout pour les chiffres. Dans ses séances publiques, il enregistrait par mémoire six tableaux comprenant chacun quatre rangées de centaines de chiffres et les répétait à l'envers, donnant en quelques minutes le total des additions ou des multiplications. Il voyait les chiffres devant ses yeux.

L'atrophie optique a débuté, il y a trois ans, en janvier 1926. Soigné à l'Hôtel-Dieu par un traitement anti-syphilitique, aucune amélioration ; traité à nouveau sans succès en mars 1928 à l'Hôpital Saint-Louis par le Dmelcos ; puis, en novembre 1928, par cyanure de mercure et Muthanol. Tous ces traitements n'empêchent pas le développement progressif de la cécité.

Le malade, désolé de ne plus pouvoir gagner sa vie, présente des idées de suicide et même de suicide collectif, qui nécessitent son internement.

Nouvelle ponction lombaire (7 janvier 1929) : lympho. 7,2, albumine 0,56, benjoin 22222.11101.00000, Meinicke positif, Bordet-Wassermann partiellement positif.

Impaludation le 4 février 1929, 8 accès à 40°. Traitement spécifique consécutif, rapidement abandonné. Le *8 mars,* amélioration psychique et physique ; la vision réapparaît progressivement, le malade reconnaît les silhouettes, puis les personnes, voit même les gestes exécutés. *1er avril 1929,* reprise des douleurs fulgurantes. *13 avril,* crise convulsive continue, mouvements cloniques et toniques sans perte de connaissance ; douleurs fulgurantes intolérables. Le lendemain, grande attaque avec morsure de langue, écume à la bouche, hémorragie buccale, émission d'urine, perte de connaissance. Décès.

Examens ophtalmologiques. — *6 février 1929 :* inégalité pupillaire OD>OG, inertie pupillaire. Milieux transparents laissant voir les papilles des nerfs optiques blanches avec artères très grêles, comme cela se voit dans les atrophies des nerfs optiques. Acuité nulle pour l'œil droit, la lumière n'est même pas perçue. A gauche, très vague perception lumineuse en face, disparaissant à la périphérie de la rétine.

6 mars (après impaludation) : à droite, la vision reste nulle. A gauche, réapparition de la vision sous forme d'un champ visuel réduit à 5 0/0 autour du point de fixation. L'œil voit des lettres de deux centimètres de hauteur à 0,50 cm. de distance. Aucune autre modification dans la réflectivité et l'aspect des pupilles. *Fond d'œil,* pas de modifications assez sensibles pour être définies par la simple ophtalmoscopie. Les yeux du malade non pas été réexaminés avant sa mort. Il se félicitait lui-même de voir mieux et nous avons signalé qu'il reconnaissait les silhouettes, puis les personnes. Vraisemblablement, un nouvel examen aurait permis de constater une nouvelle amélioration.

Observ. II. — Roul... Hélène, 44 ans, entre le 12 février 1930 à l'asile Sainte-Anne : *Affaiblissement intellectuel avec troubles de la mémoire, de l'attention et du jugement, diminution de l'autocritique, demi-conscience de certains troubles. Dysarthrie, trémulation des lèvres et de la langue, signe d'Argyll, réflexes tendineux vifs. Paralysie générale à évolution lente* (Targowla).

Contaminée par son mari en 1916 ; insuffisamment soignée par quelques injections intra-veineuses.

La méningo-encéphalite a débuté, vers 1926, par difficulté du travail, troubles de la mémoire, céphalée. La diminution de la vue s'est manifestée progressivement dès janvier 1928 et, à l'entrée dans le service, nous constatons une atrophie des nerfs optiques

caractérisée par une cécité complète de l'œil droit et une très faible vision à gauche. Un mois après l'entrée (18 mars 1930) la vision baisse de plus en plus ; la malade ne reconnaît pas les personnes à côté de son lit, ni les objets qu'on lui présente ; elle est très angoissée par la crainte de devenir complètement aveugle. L'un de nous considère la situation comme particulièrement grave et préconise les injections bi-temporales de strychnine comme seul moyen capable de donner quelque espoir. Ce traitement n'amène aucun résultat. Nous essayons la malariathérapie.

Impaludation le 4 avril 1930 : 9 accès à 40°, terminés le 25 avril. Après le dernier accès, l'acuité visuelle semble remonter. Hélène ne parle plus avec angoisse de sa cécité, elle commence à voir les personnes à une certaine distance.

Traitement par injections de strychnine dans la région temporale du 17 juin au 10 juillet, dose totale 0 gr. 021 ; injections d'acécoline du 16 juin au 4 juillet, dose totale 0,50.

En *juillet 1930,* l'état mental se montre très amélioré : la malade qui était absolument inconsciente de son état morbide, irritable avec sautes d'humeur, tout à fait insupportable par ses demandes quotidiennes de sortie, est devenue calme, raisonnable, se rendant compte des progrès obtenus. Elle commence à lire et à écrire.

Au point de vue physique, état général meilleur, diminution appréciable de la dysarthrie. Le poids, qui avait diminué pendant l'impaludation, a remonté, mais n'a pas encore atteint le chiffre constaté à l'entrée. L'écriture autrefois illisible est actuellement très bonne.

Examens humoraux

Liquide céphalo-rachidien	**19 février 1930**	**9 mai 1930**
Lymphocytes	13	3,8
Albumine	0,40	0,40
Globulines — Pandy	positif	négatif
Globulines — Weichbrodt	positif	positif
Benjoin (Guillain)	22221.22221.00000	11211.00000.00000
Bordet-Wassermann	positif	positif
Elixir parégorique	positif	négatif
Takata-Ara	positif	négatif
Sang		
Tolu (Meinicke)		positif
Floculation de Kahn		positif
Hecht		positif
Bordet-Wassermann		positif

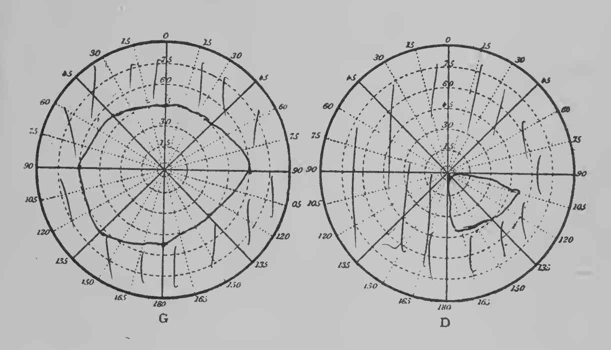
EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE *4 février 1930.* — Inertie pupillaire des deux yeux ; myosis marqué ; milieux transparents laissant voir des papilles blanches avec artères à peine visibles.

Acuité visuelle : à droite, presque nulle, réduite à la perception lumineuse ; à gauche, 1/20°.

Champ visuel : à droite, nul ou presque ; à gauche, extrêmement réduit, environ 2/100° autour du point central.

5 mars. — acuité visuelle : à droite, presque nulle ; à gauche, 1/50°.

La baisse visuelle s'est donc accentuée.



9 avril. — Après 10 accès paludéens :

Acuité visuelle : à droite, 1/100° champ visuel punctiforme ; à gauche 1/25°, champ visuel très retréci.

30 mai — Acuité visuelle : à droite, compte les doigts à 15 cm. ; à gauche, 1/20°.

11 juin. — Réflexe photomoteur ébauché à gauche et réflexe à la convergence un peu plus marqué que le photomoteur.

Acuité visuelle : à droite compte les doigts à 15 cm. ; à gauche 1/15° avec champ visuel qui s'élargit.

18 juin. — Le champ visuel est tel que le périmètre donne pour l'œil droit un champ visuel en cadran inféro-temporal passant par le point de fixation descendant verticalement jusqu'à 45°, jusqu'a près de l'horizontale où le bord du champ visuel regagne le point de fixation.

A gauche, le champ visuel oscille entre 45 et 50° autour du point de fixation.

9 juillet. — Le champ visuel est sensiblement le même.

Acuité visuelle : à droite, compte les doigts à 10 cm. et peut lire les lettres de 1 cm. de hauteur à 15 cm. de distance, mais ne peut pas lire des lettres plus grandes parce qu'elles sortent du champ visuel ; à gauche, 1/15°.

Enfin l'examen du fond de l'œil à l'ophtalmoscope montre une papille du nerf optique gauche moins blanche. Les vaisseaux sont plus nombreux et, à la surface, une teinte rosée apparaît, qu'on constate pas encore à l'œil droit.

Cette amélioration de la vision va de pair avec l'amélioration de l'état mental et de l'état général. La malade peut lire et écrire lisiblement.

En résumé, sur deux malades atteints de lésions d'atrophie optique avant l'impaludation, cette thérapeutique a donné d'excellents résultats.

Sur le premier, malgré le profond degré d'infection, la malariathérapie a amené, au moins pour un œil, une amélioration incontestable ayant persisté jusqu'à la mort du sujet. Sur le second, l'amélioration visuelle a évolué parallèlement avec l'état physique et psychique. Cette amélioration a porté sur les deux yeux, inégalement en apparence ; mais il faut se rappeler qu'au début, cette inégalité existait déjà, l'un des nerfs optiques étant plus touché que l'autre. Avec la meilleure vision, nous avons noté, sur l'œil moins atteint, la réapparition des réflexes à la convergence et à la lumière.

Ces phénomènes ont une très grande importance. Ils montrent que cette lésion, jusqu'ici si terrible de l'atrophie optique au cours de la syphilis nerveuse — affection incurable — pourra, au cours des années qui vont suivre, être probablement guérie.

Certes, nos deux malades n'ont pas récupéré la totalité de leur acuité visuelle mais, étant donné que les lésions d'atrophie optique ordinairement progressives se sont d'abord arrêtées, puis ont régressé après une seule impaludation, nous avons le droit d'en conclure que nous sommes sur la bonne voie.

Est-ce à dire qu'une seule impaludation puisse faire disparaître une telle maladie ? Loin de nous cette pensée. L'atrophie rétrocède, mais rétrocède peu. Chez notre deuxième malade, le processus d'amélioration semble s'être arrêté. Entre les examens du 18 juin et 9 juillet, aucune amélioration ; peut-être même, pour le mauvais œil, le champ visuel est plus réduit qu'au 18 juin. Cela ne doit pas nous étonner. Les auteurs s'étant occupé de la question ont constaté, comme nous (*Sab-*

badini Dario et *Domenico Pisani, Riv. oto-neur-oftal., 1927*) que la malariathérapie donne une amélioration visuelle. Ils n'ont point parlé de guérison et concluent en disant « qu'on doit essayer tous les moyens thérapeutiques contre une affection incurable comme l'atrophie optique tabétique » ; donc, s'ils parlent d'atrophie incurable, c'est qu'ils n'entrevoient pas encore la guérison. Cependant, ils ont noté, comme nous-même, que dans deux cas rapportés, la papille optique était plus rouge chez les malades qui présentaient précisément une amélioration du champ visuel. C'est exactement ce que nous avons constaté mais, alors que *Sabbadini Dario* et *Domenico Pisani* avaient étudié 150 cas et n'ont trouvé que deux malades avec papilles plus rouges après traitement, nous avons eu la chance de voir un de nos malades présenter le même symptôme d'amélioration.

Herzberg a publié des résultats portant sur 30 cas de syphilis nerveuse traités par la malariathérapie. Il dit que sur l'atrophie optique tabétique, la cure n'a, au début, aucune influence et particulièrement chez les malades à cécité presque complète, par conséquent sur l'évolution du processus névritique. Nous sommes heureux de constater que nos résultats obtenus infirment complètement cette impression de l'auteur.

Quelle conclusion pouvons-nous tirer de notre étude ?

1° La première est qu'en présence d'atrophie optique au cours de la syphilis nerveuse, il faut, sans hésiter, pratiquer la malariathérapie. Les risques à courir ne sont rien en comparaison de la gravité de cette lésion à marche progressive, qui conduit fatalement à la cécité.

2° L'impaludation améliore, mais ne guérit pas, au moins d'après ce que nous avons observé. Il semble que l'effet curateur cesse un certain temps après la disparition des accès. Or, quelle est l'action de la malaria ? Pour beaucoup, une action pyrétogène. Si la fièvre agit insuffisamment, c'est peut-être parce que nous ne l'appliquons pas assez énergiquement. Ce point doit nécessiter des recherches toutes particulières. En effet, les traitements dits spécifiques par arsenic, mercure et bismuth, qui si souvent font merveille dans la syphilis, dès qu'il s'agit d'atrophie optique, deviennent non seulement inopérants, mais catastrophiques, s'ils n'ont pas été précédés de la pyrétothérapie.

Les testicules des Paralytiques généraux

Par MM. P. Nayrac et A. Breton

(de Lille)

Au cours de ces dernières années (1-2), quelques auteurs ont été amenés à reconnaître, par un ensemble impressionnant de constatations cliniques, le rôle stérilisateur de la syphilis occulte du testicule. En particulier, Cl. Simon, dès 1921, signale l'azoospermie par syphilis congénitale ; dès 1925, après Milian, E. Bertin et l'un de nous décrivent dans un travail d'ensemble l'azoospermie par syphilis acquise dans 6,1 0/0 des cas (4), pourcentage dont il faut tenir compte pour expliquer l'infécondité de certains ménages !

Dès cette époque, personnellement, quoique n'ayant pas de documents anatomo-pathologiques, nous insistions sur le fait que cette azoospermie se produisant chez des syphilitiques dont les testicules étaient cliniquement normaux et les fonctions génésiques apparemment intactes, devait vraisemblablement être l'aboutissant final mais forcément fatal d'un processus sclérosant qui avait dû auparavant donner des altérations fines des spermatozoïdes, de l'asthénozoospermie, de la dysspermatogénèse, puis de l'oligospermie. Dans l'étude du travail que nous avions alors entrepris en 1925, nous nous étions borné à rechercher les modifications dans la forme et la structure des spermatozoïdes de 65 syphilitiques (5). Nous avions dû reconnaître, après une étude critique, que les anomalies fréquemment constatées dans la taille, la morphologie, et parfois même dans la mobilité ne pouvaient pas, à coup sûr, être rattachées à la syphilis ; que les méthodes histologiques actuelles n'étaient pas assez sensibles pour permettre d'affirmer l'existence de fines modifications dans l'architecture du spermatozoïde, lésions que l'on aurait pu rendre responsables des malformations congénitales et des dystrophies de l'enfance !

Dans la contribution que nous désirons apporter à l'étude

de l'hérédité syphilitique, nous avons pensé tourner la difficulté en étudiant non plus le produit de la sécrétion externe, mais le testicule lui-même. Pour recueillir la matière nécessaire à cette recherche, nous nous sommes adressé à des sujets atteints de neuro-syphilis quaternaire, en particulier à des paralytiques généraux indemnes de toute gonococcie et de toute tuberculose antérieure. Nous avons prélevé leurs testicules dans l'heure qui a suivi la mort ; nous avons fixé les organes par une injection interstitielle de liquide de Bouin ; nous avons employé comme colorant l'hématoxyline ferrique.

C'est avec intention que nous avons fait choix de paralytiques généraux. Il nous est apparu, en effet, que si tant l'on pouvait escompter déceler l'atteinte occulte des éléments nobles de la glande par le virus syphilitique, dans la maladie présente, la syphilis était suffisamment vieille pour avoir eu le temps de bien imprimer son sceau au niveau du parenchyme testiculaire ; nous avons même espéré qu'elle le ferait d'autant plus nettement qu'il s'agissait de sujets dont l'importance de l'érotisme verbal, mimique et intellectuel contraste avec l'impuissance, l'infécondité et la mauvaise procréation habituelle !

Nous avons pu aussi constituer la base anatomo-pathologique, jusqu'ici méconnue, de la syphilis occulte du testicule, nous avons établi la réalité d'un trouble de la spermatogénèse chez les syphilitiques ; et nous pensons que, dans certains cas, il peut exister un rapport direct de cause à effet entre l'orchite histologique que nous décrivons ici et la mentalité génitale si spéciale parfois à ce genre de malades.

Voici, en effet, les conclusions de nos recherches (6).

19 paires de testicules apparemment normaux ont été examinés ;

1° Quant au tissu conjonctif, dans 14 cas sur 19, il existe de l'artério-sclérose testiculaire, notamment dans 10 cas une sclérose interstitielle plus ou moins accusée, allant de l'épaississement des lamelles et des travées à la symphyse tubulo-tubulaire complète. Presque toujours, cette sclérose interstitielle est associée à l'artério-sclérose, sans que la réciproque soit vraie. Parmi ces 14 cas, 8 présentaient des signes d'infiltration plasmo-lymphocytaire inflammatoire, diffuse, étendue à tout le tissu vasculo-conjonctif dans 5 cas et limité aux vaisseaux dans 3 cas.

2° La glande interstitielle nous est apparue à peu près nor-

male 8 fois, hypoplasiée 9 fois, hyperplasiée 2 fois. Ce ne sont là que des impressions, car la glande interstitielle est formée d'éléments mal différenciés du conjonctif et dont l'abondance ne peut être mesurée objectivement. On peut toutefois assurer que l'on n'observe pas entre la glande interne et la glande externe le balancement morphologique admis par les classiques.

3° Quant aux tubes épithéliaux, nous trouvons :

A) un épaississement de la gaine conjonctive dans 11 cas. Cet épaississement ne coïncide pas nécessairement avec la sclérose du côté du système vasculo-conjonctif. Ses degrés sont très variables. Le plus souvent, l'épaisseur n'est que doublée, mais dans 4 cas nous avons pu noter par endroits un étouffement complet du tissu épithélial de certains tubes par la sclérose de la gaine qui prend un aspect feuilleté. L'épithélium se réduit progressivement et on finit par trouver des blocs collagènes d'aspect hyalin où persiste quelquefois (et non toujours) une fente centrale.

B) Une diminution dans l'abondance des tubes épithéliaux dont la lumière est fréquemment plus ouverte que normalement. Par calcul, nous avons estimé que le rapport du tissu épithélial à l'ensemble de l'organe peut tomber entre 20 et 25 0/0 alors qu'il est habituellement, d'après nos témoins sains, vers 50 0/0.

C) Un trouble de la spermatogénèse. Alors que dans 7 cas la spermatogénèse se montre absolument normale sur nos préparations histologiques (cela ne signifie d'ailleurs nullement que la biologie des spermatozoïdes ainsi produite soit exempte de tout phénomène pathologique), en revanche, dans 6 cas, la spermatogénèse est très ralentie, et dans les 6 derniers, il existe un état de métaspermatogénèse plus ou moins complète, qui porte le plus souvent sur les spermatozoïdes, les spermatides et les spermatocytes. L'on ne découvre plus de spermatozoïdes ; le tissu noble est alors en involution complète ; mais toujours l'on trouve les spermatogonies et les cellules de Sertoli.

En résumé : lésions histologiques nettes du testicule, cliniquement indécelables, portant tant sur le tissu noble que sur le tissu de soutien, se traduisant par un trouble de la spermatogénèse, qui peut aller jusqu'à l'azoospermie — libre circulation des voies d'excrétion. — L'étude détaillée de nos observations cliniques nous permet d'ajouter que les tes-

ticules des sujets jeunes sont plutôt plus touchés que ceux des hommes de cinquante ans.

Nos conclusions diffèrent donc de celles de Guizetti, seul auteur qui se soit occupé avant nous de la question. Le mémoire de Guizetti concernant les testicules de 4 syphilitiques date de 1905. Il s'attache à décrire surtout les lésions de l'épithélium des canaux excréteurs. Cet épithélium, dit-il, s'épaissit, s'opacifie ; il y a multiplication des noyaux puis dégénérescence amyloïde ; artérioles et capillaires sont également infiltrés d'amylose. Altérations de la série génitale : augmentation de la pièce intermédiaire des spermatozoïdes qui prend la forme d'un fuseau, la tête augmente de volume et devient le siège de chromatolyse. Certains spermatocytes ont des noyaux avec hyperchromatolyse et chromatolyse.

Ce que nous avons observé est, remarquons-le, en quelque mesure plus facile à dépister et moins discutable. Nous décrivons par exemple non pas de fines modifications des noyaux sur lesquelles l'on peut toujours « ergoter » quand il s'agit de pièces autopsiques, mais la disparition des spermatozoïdes ou des symphyses tubulo-tubulaires !

L'interprétation pathogénique de pareilles lésions comporte toujours une part d'hypothèse. Ce n'est pas un trouble de la circulation des voies d'excrétion consécutif à une épididymite secondaire bilatérale indolente de Dron, qui a été la cause des dégénérescences notées. Jamais nous n'avons rencontré de nodule épididymaire cicatriciel. L'aspect histologique des lésions n'a, par ailleurs, aucune analogie avec les lésions vaso-paralytiques que M. Klippel a décrit dans les viscères des paralytiques généraux.

Nous admettrions plus volontiers que l'orchite interstitielle torpide, sans caractères gommeux, que nous avons décrits ici, rappelle, grosso modo, par certains côtés, les lésions diffuses du cortex cérébral dans la paralysie générale. La sclérose aurait une double origine : vasculaire et inflammatoire, en particulier pour les symphyses tubulo-tubulaires où elle succéderait, à titre de cicatrice, à des phénomènes diapédétiques. Et, élargissant de beaucoup le cadre de cette étude, certaines de nos recherches actuelles nous autorisent déjà à penser, qu'au cours de nombreuses affections chroniques, le testicule, organe essentiellement fragile et délicat, réagit à sa manière, à l'infection, par un trouble fréquent de la spermatogénèse. Ce qui est valable pour la syphilis, le serait aussi pour la tuberculose (7), paludisme, etc...

Voir la bibliographie et les articles de :

1. E. Bertin. — L'azoospermie et les troubles de la spermatogénèse au cours de la syphilis. *Thèse d'agrégation*, Morel, Lille, 1926.

2. E. Bertin et Schulmann. — La stérilité syphilitique. *Presse Médicale*, n° 35, 1930.

3. M. Huhner. — *The diagnosis of stérility in the male and gyn. St-Louis*, vol. VIII, n° 1, July 1924.

4. E. Bertin et A. Breton. — *C. R. Soc. de Biol.*, 11 janvier 1926, p. 147, Azoospermie chez les syphilitiques.

5. E. Bertin et A. Breton. — *C. R. Soc. de Biol.*, 8 février 1926, p. 215, Vitalité des spermatozoïdes chez les syphilitiques.

6. P. Nayrac, Breton et Barbe. — La syphilis occulte des testicules dans la syphilis quaternaire, *C. R. Soc. Biol.*, 1929, t. XXXIII, p. 796.

7. Nayrac et A. Breton. — Les lésions occultes du testicule dans la Tuberculose pulmonaire chronique, *C. R. Soc. Biol.*, 1930, 6 juillet.

Les états dépressifs à manifestations purement délirantes

Par MM. G. Vermeylen et P. Vervaeck

(de Bruxelles)

Il est couramment admis de nos jours que les délires mélancoliques surviennent secondairement. Les perturbations affectives ou cénesthésiques sont les premières en date, et elles continuent à sous-tendre l'activité délirante. Cette tonalité affective, soit à type d'inertie psychique, soit à type de paroxysme anxieux, accompagne pendant une fort longue période le thème délirant, qui est pauvre et monotone dans le premier cas, plus riche et nuancé dans le second. Dans le syndrome de Cotard, qui est en quelque sorte le prototype des délires mélancoliques à évolution prolongée, l'anxiété constitue encore un élément important. Toutefois, elle y peut disparaître à la longue, ainsi que l'a signalé Séglas dans ses leçons.

Les psychiatres qui, depuis lors, ont le mieux étudié le syndrome mélancolique sont discrets sur cette question de la persistance d'un délire mélancolique sans autres manifestations dépressives. Masselon ne l'aborde pas. Pour Benon, l'agitation anxieuse est à peu près constante dans la mélancolie chronique, mais d'intensité très modérée. Dans son travail tout récent sur les états délirants, R. Mallet signale également, sans s'y attarder, la présence du délire subsistant après la disparition des troubles affectifs de la mélancolie.

Nous voudrions dans cette brève note montrer qu'il existe des psychoses à très longue évolution, constituées principalement, sinon exclusivement, par des idées délirantes d'indignité, d'hypochondrie, de transformation, qui rendent un son identique à celui des thèmes dépressifs des mélancoliques, mais dans lesquelles, chose étrange, il est impossible, ou du moins extrêmement difficile de retrouver, même à la phase initiale, les autres caractères psychologiques de la mélancolie dépressive ou du syndrome anxieux.

En raison de ce fait même, la situation nosographique de ces états morbides est difficile à préciser et reste sujette à contestation. Il est d'ailleurs probable qu'une série ininterrompue de formes intermédiaires relie la mélancolie franche à l'hypochondrie essentielle et au délire systématisé d'auto-accusation décrit par Séglas, où déjà apparaît nettement un élément nouveau, la constitution paranoïaque.

Nous exposerons succinctement trois exemples cliniques que rapprochent, malgré des divergences d'origine, la prédominance marquée du thème délirant dépressif.

Observation I (1). — Germaine F..., 37 ans, célibataire, fermière. Hérédité lourdement chargée : sa mère a eu deux accès de mélancolie, sa tante a fait une psychose puerpérale, guérie rapidement d'ailleurs. Pas d'antécédents personnels importants.

Germaine exprime un délire mélancolique très caractéristique, allant jusqu'à l'énormité. Depuis l'enfance, elle vit dans le péché mortel, elle a fait des communions sacrilèges, elle est une grande coupable, elle est « l'Ange Rebelle ». Aussi Dieu ruinera-t-il sa famille à cause d'elle ; elle a remarqué que le bétail de la ferme se développe mal ; on ne pourra pas rembourser les emprunts, tout le village sera ruiné. Germaine croit avoir fait un tort immense à la religion, elle a écrasé Dieu, avalé le monde ; les gens deviendront « pires que des bêtes », ils souffriront de la faim, courront tout nus, etc. Germaine a proposé aux siens de mourir avec elle et a fait deux tentatives de suicide, un peu puériles d'ailleurs.

Paradoxe étrange, depuis le début de sa psychose qui remonte à trois ans, la malade n'a pas cessé de travailler ; à l'asile elle est active, docile ; elle se dévoue à soigner des compagnes gâteuses ; elle parle volontiers, est enjouée, sera la première à sourire d'une plaisanterie ou de quelque incident de la vie quotidienne. Récemment, lors d'une fête donnée pour les malades, Germaine a tenu très correctement le rôle long et difficile de reine d'Espagne, le principal personnage de la comédie.

Ajoutons qu'à aucun moment l'état organique de la patiente n'a rappelé celui de la mélancolie. Pas davantage on n'a pu relever chez elle l'inhibition intellectuelle, le ralentissement idéatif classique de cette psychose. Pas non plus de paroxysmes anxieux. Nous n'avons même pu en reconstituer la présence certaine au début de l'affection. Depuis trois ans son aspect clinique n'a pas changé et à l'heure

---

(1) L'observation détaillée a paru dans le *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, 1928.

actuelle, il est impossible de déceler chez cette malade le moindre indice de fléchissement paradémentiel, encore que d'aucuns s'y seraient attendus en présence d'une forme clinique aussi étrange.

Observation II. — M..., 40 ans, est un psychasthénique constitutionnel ; il a eu plusieurs périodes d'exacerbation anxieuse. Après l'une d'elles, on voit se développer le syndrome que nous allons décrire, et qui persiste depuis plusieurs années. M... prétend avoir remarqué chez lui les signes d'un fléchissement intellectuel profond, avant-coureur de la décrépitude finale ; il s'en explique avec un luxe de termes péjoratifs et une redondance de formules presque stéréotypées. « Il ne sait plus parler, se trompe de noms, « bat « la breloque » dans les liaisons. D'ailleurs, il tient des propos « hors de raison, extravagants, dissociés, stupides ; il subit de « véritables éclipses intellectuelles, il raconte des bêtises, incor- « rections, imbécilités à ses subalternes ; il fait des scènes scan- « daleuses, suspectes, il est d'une incohérence extravagante, c'est « du véritable infantilisme moral, il a une conduite et des dis- « cours « confiture » « un peu gâteux », il se vautre avec eupho- « rie dans un gâtisme abject, c'est tout au plus s'il ne s'est pas « soulagé sur le plancher ! etc. »

En réalité, M... se présente de la façon la plus correcte ; soumis à des épreuves très délicates d'attention, d'association d'idées, il y a fourni des réponses très satisfaisantes ; rien ne rappelle chez lui l'inertie psychique caractéristique des états mélancoliques. M... n'est pas davantage un anxieux, du moins pendant la période actuelle qui dure depuis plusieurs années : il est très maître de lui et c'est de sang-froid qu'il raconte les pires énormités sur son fonctionnement mental.

Observation III. — D... Louis, 32 ans, banquier. Mère psychopathe. Dans le passé du malade, on relève divers incidents psychosexuels (nouveau Faust, il aurait promis son âme à Satan pour obtenir la possession d'une femme). A toujours fait montre d'une brillante activité et avait pu acquérir une situation enviable. Quelques mois avant les accidents actuels, fait une période de dépression au cours de laquelle il est soigné par un hypnotiseur. Reprend ensuite ses affaires, mais au bout de peu de temps, remarque qu'il est resté sous l'influence de son hypnotiseur, lequel est à la solde de ses ennemis. Pantophobie progressive avec réactions de défense.

Il est interné dans un état de grande agitation où s'entremêlent des symptômes maniaco-dépressifs et des illusions et interprétations à thèmes oniriques et d'influence.

Puis, très rapidement se forme un délire à thème mélancolique : il refuse de manger parce que c'est de la chair humaine, celle de

sa femme et de ses enfants, puis de tous ses compatriotes, du genre humain tout entier. Il ne veut même plus avaler sa salive, qu'il laisse couler. Il a fait un tort immense à tout le monde. Il est possédé par Satan qui se sert de lui pour « tuer » moralement le monde. Fait deux tentatives de suicide, puis se rend compte qu'il est immortel ; il est réduit à sa plus simple expression, « complètement et éternellement fichu », « il mouche son cerveau par le nez ». Ce délire de damnation et d'immortalité qui rappelle par certains traits le syndrome de Cotard s'alimente d'intuitions et d'interprétations multiples. D'autre part, le malade n'est ni anxieux, ni inerte au point de vue psychique et ne rappelle en rien le mélancolique classique.

A la suite d'une tentative de pyrétothérapie, le malade a repris une attitude à peu près normale, mais où percent quelques éléments hypo-maniaques. Il est rentré chez lui, gardant entière sa conviction délirante, mais n'en donnant plus aucune manifestation extérieure.

⁂

Ces observations, forcément écourtées, permettent quelques réflexions d'ordre psycho-pathologique.

L'opinion aujourd'hui classique est que les idées délirantes mélancoliques sont commandées dans leur mécanisme par la dépression affective sous-jacente, surviennent avec elle et disparaissent lorsqu'elle vient à s'atténuer.

Nous voyons, par l'observation I, que des idées délirantes manifestement mélancoliques peuvent naître, se développer et se maintenir *sans* état dépressif ou anxieux apparent, ni à leur origine, ni dans la suite. Les observations II et III nous montrent, d'autre part, que *sur* un état dépressif ou anxieux *plus ou moins fugace,* peuvent se greffer et perdurer de façon tout à fait indépendante dans la suite, les mêmes états délirants. Il semble bien que chez certains malades l'épisode dépressif, s'il existe, ne fasse qu'orienter un mécanisme délirant prêt à se déclancher.

A l'état normal aussi, nous voyons très souvent nos émotions se schématiser en formules représentatives, en tournures d'esprit. Grâce à cette transposition, elles perdurent pour leur propre compte, bien au-delà de ce que commandaient les états affectifs primitifs, toujours fluctuants et variables ; elles peuvent même perdre tout lien de nécessité avec eux. Il en va de même dans certaines activités mentales pathologiques. L'excitant affectif primitif, même très réduit comme sans

doute dans l'observation I, donne l'orientation délirante, et le délire se poursuit pour son propre compte. Tout au plus déclanche-t-il à son tour des réactions affectives secondaires.

Ces états délirants semblent devoir être beaucoup plus durables que les épisodes maniaco-dépressifs ordinaires, et résister plus qu'eux aussi à toute thérapeutique organique ou psychique. Dans nos trois observations, la maladie dure, sans tendance à l'amélioration, ni même à une modification de thème délirant, depuis plusieurs années. Bien plus, dans l'observation III, la pyrétothérapie a pu transformer le comportement extérieur du sujet, rendant ainsi son existence sociale possible, mais n'a touché en rien ses idées délirantes dépressives qui restent entières.

Pronostic de la manie-mélancolie primaire

Par M. E. Mira (de Barcelone)

Lorsqu'on a affaire à un accès récédivant de manie et de mélancolie, on peut se faire une idée approximative du pronostic, parce que souvent les accès sont un peu calqués les uns sur les autres. Il n'en est pas de même lorsqu'on se trouve en présence d'un premier accès. Or, après avoir suivi de très près des cas, M. Mira croit qu'on peut tirer argument pour le pronostic de l'étude du métabolisme basal. Tout mélancolique anxieux dont le métabolisme basal reste toujours au-dessus de la normale fera probablement ensuite de la manie. Inversement, un maniaque dont le métabolisme basal reste autour de la normale ou au-dessous d'elle fera probablement ensuite un accès de dépression.

M. Mira attribue aussi une certaine valeur à l'étude de la glycémie. Le pronostic de la mélancolie est aggravé s'il y a des troubles de la glycémie. D'une façon générale, s'il y a un désaccord entre la clinique et les données du métabolisme basal, il faut s'attendre à un renversement de la formule psychique.

Discussion

M. Médakovitch (de Paris). — Jusqu'à présent, on admettait que le métabolisme basal était augmenté dans la phase maniaque et diminué dans la phase mélancolique. M. Mira, par contre, trouve différentes variétés et croit ainsi avoir des indices précis pour poser le pronostic de la psychose maniaque dépressive. Pour lui, le métabolisme basal, diminué à la période d'agitation, fait prévoir une phase de dépression, augmenté à la période de dépression, une phase d'agitation. Par contre, si le métabolisme est normal au cours de n'importe laquelle des deux phases, la maladie est en train de se terminer par la guérison.

Il nous semble que M. Mira n'insiste pas suffisamment sur les difficultés d'ordre technique. L'épreuve du métabolisme basal, très délicate, a pour condition essentielle une résolution musculaire complète (chez un sujet à jeun dans une atmosphère isothermique). Condition qui se réalise difficilement dans la psychose maniaque dépressive. M. Mira emploie la morphine pour se placer dans des conditions expérimentales requises. Ce produit à lui seul modifie le métabolisme basal et ne peut être utilisé sans fausser les résultats.

M. le P[r] Aug. Ley (de Bruxelles). — C'est en poursuivant l'étude des phénomènes vago-sympathiques qu'on trouvera le secret de cette affection mystérieuse qu'est la maladie maniaco-dépressive, jusqu'ici si déconcertante. Aussi, M. Ley approuve-t-il les recherches sur le métabolisme basal. Mais il demande lui aussi à M. Mira comment il peut avoir confiance dans ses chiffres.

M. Mira répond qu'il se place toujours dans les mêmes conditions de recherche. Il répète plusieurs fois les examens pour obtenir des moyennes. Il n'a ainsi pas trop de difficultés.

Sur la Fièvre nerveuse

Par le Docteur R.-D. Anglade (de Breuty-la-Couronne)

Après avoir été très en honneur au milieu du siècle dernier, il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter au livre de Briquet sur l'hystérie, paru en 1859, la fièvre nerveuse ou fièvre hystérique a subi le sort de plusieurs symptômes attribués à la névrose. Si bien que, dans le dictionnaire médico-chirurgical de Brissaud, la fièvre hystérique est purement et simplement rayée du cadre des maladies authentiques et considérée comme le produit de la supercherie.

Imbu de ces idées d'ostracisme ainsi régnantes, nous avons observé des cas étranges de fièvre élevée et prolongée sur lesquels notre diagnostic s'égara longuement. En fin de compte, nous sommes arrivés à penser qu'il serait peut-être légitime de remettre la question sur le tapis. C'est l'objet de cette communication :

Voici d'abord, très brièvement résumé, le premier fait qui nous a beaucoup intrigué :

Une femme de 29 ans, infirmière dans notre service depuis peu, tombe malade le 28 mars 1928. Elle se plaint de lassitude, de douleurs de tête. La température rectale est de 38°5, elle s'élève à 39° le lendemain, à 40° le surlendemain. On pense à une rechute de fièvre typhoïde, cette personne en ayant, disait-elle, présenté une quelques mois auparavant à l'Asile de Vauclaire.

Le délire apparaît bientôt, de type onirique. Le pouls se maintient autour de 70 pulsations. Les enveloppements froids abaissent la température de deux degrés, ce qui n'est pas sans nous surprendre.

Au 4e jour de la maladie, la fièvre atteint 41°1, tandis que le pouls est à 65. L'attitude est un peu singulière : il se produit des alternatives de calme, de délire avec agitation violente. La douleur de tête prédomine à l'occiput. L'alimentation est

facile ; pas d'amaigrissement sensible, pas de stupeur typhique malgré l'élévation de la température qui persiste.

Au 14e jour de la maladie, apparaît un état d'insouciance, de passivité. Malgré l'absence des symptômes cardinaux de la méningite et de la compression, nous jugeons opportun de pratiquer une ponction lombaire, qui permet d'écarter la tuberculose et la syphilis méningée. Nous passons sur les détails de l'observation qui seraient fastidieux dans cette communication.

Le 16 avril, c'est-à-dire le 39e jour de la maladie, la température montait encore à 41°4, à 41°6 le 19, à 41°8 le 20, à 41°9 le 21 et se maintenait à 42° le 25 et le 26. Température prise par une religieuse intelligente et attentive. C'est alors qu'apparaissent des crises de suffocation dramatique. Le 27, la fièvre n'est plus qu'à 37°2, mais elle remonte à 41° le 28 pour s'y maintenir.

Le 2 mai, très intrigués, nous demandâmes à notre Maître, M. D. Anglade, de voir la malade. Le diagnostic de fièvre nerveuse est porté. Le traitement consiste à établir une courbe de température graduellement décroissante et à la mettre sous les yeux de la malade. La température réelle se soumet à cette courbe ; 8 jours après, elle oscille entre 37° et 38, la malade se lève. Elle présente une paraplégie de type fonctionnel qui disparaît rapidement par suggestion.

Notre collègue Hyvert, de Vauclaire, interrogé sur les symptômes que notre malade avait présentés au cours de sa fièvre typhoïde, nous apprend qu'elle s'était déroulée étrangement et terminée par de la paraplégie. Et, auparavant, à Mont-de-Marsan, notre malade avait présenté une « méningite » qui dura 4 mois, marquée par des élévations thermiques de l'ordre de 42°. Elle fut, disent les renseignements, abandonnée par trois médecins, ce qui ne l'empêcha pas de guérir complètement.

Une foi guéri, notre sujet se révéla une névropathe bizarre et inutilisable. Elle fut congédiée et recueillie à l'Asile de Cadillac, où le Docteur Ducos a eu l'occasion d'assister à la répétition, ou à peu près, des événements que je viens de relater brièvement.

Nous avons lu le livre de Briquet, l'histoire de notre malade s'y trouvait tout au long, avec seulement de légères variantes. Rien n'y manquait d'essentiel : la céphalalgie, la température excessive et persistante, les troubles respiratoires et la paraplégie terminale.

Et, depuis lors, la loi des séries nous a fait observer dans un noviciat une véritable épidémie de cas semblables.

Qu'est-ce à dire, sinon que la fièvre hystérique, appelons-là « fièvre nerveuse », n'est peut-être pas un mythe.

Et pourquoi n'y aurait-il pas une fièvre fonctionnelle puisqu'il y a des paralysies et tant d'autres symptômes que nous qualifions de fonctionnels en attendant de les mieux connaître?

Il serait trop inopportun d'entreprendre ici des considérations sur le rôle présumé du système nerveux dans la production et la régulation de la chaleur du corps. Nous souhaiterions seulement que cette communication soulevât une discussion dans laquelle nos collègues physiologistes nous donneraient leur opinion sur ce point important de la physiologie nerveuse.

Discussion

M. Moreau (de Liége), demande à M. le docteur Anglade s'il n'existait dans son cas aucun épisode infectieux, si léger soit-il, qui expliquât la fièvre. Il a pu observer un cas de péritonisme hystérique avec fièvre deux jours après une vaccination antityphique. Le péritonisme s'expliquait sans doute par l'arrêt des règles qu'avait déclenché la vaccination, la fièvre est banale après l'emploi de vaccin.

M. Anglade (Breuty-la-Couronne). — Pendant toute la durée de la maladie nous avons pensé qu'il s'agissait d'une infection dont nous ne savions pas déterminer la nature. Ce qu'il y a de certain c'est que nous avons obtenu la cessation immédiate ou presque de tous les troubles dès que le diagnostic de fièvre nerveuse eut été porté et que le traitement eut été dirigé dans ce sens.

Confusion mentale et Tuberculose pulmonaire

Par MM. les Docteurs Lucien et Maurice Wahl

(de Marseille)

Depuis la plus haute antiquité, on savait que la fièvre détermine chez certains individus prédisposés un délire hallucinatoire confus et transitoire. C'était le délire fébrile qui fut longtemps considéré comme foncièrement distinct de la folie. Cependant, de temps à autre, les aliénistes signalaient l'entrée de fébricitants délirants dont la maladie avait débuté rapidement et que l'évolution démontrait être des infections vulgaires, telles que l'érysipèle, la pneumonie, la fièvre typhoïde et même le typhus pétéchial, voire la scarlatine. Dupuytren avait décrit un délire aigu des blessés, qui n'est peut-être qu'une forme du délirium tremens. C'est à Régis que remonte l'honneur d'avoir montré, d'une part, que, par ses symptômes primordiaux, rien ne distinguait le délire fébrile de certaines formes de folie confusionnelle ; d'autre part, que des délires analogues pouvaient se rencontrer dans les affections chroniques toxiques ou toxi-infectieuses : néphrites, diabète, lèpre, etc.

Quant à la tuberculose, on fut amené à considérer deux grands types morbides, celui dans lequel existaient des lésions de l'encéphale et celui dans lequel à aucun moment n'existaient de pareilles lésions. Au premier groupe appartenaient les tubercules limités à forme de tumeur de l'encéphale, les méningites tuberculeuses surtout chez l'adulte (Marfan) ; nous ne nous occuperons ici que du second type.

Des formes de transition existent ; elles sont représentées dans la granulie d'Empis, la tuberculose des nègres et peut-être par certaines formes de cette affection bizarre qui a reçu le nom de « délire aiguë » qui masque notre ignorance de sa véritable nature. Ces divers états ont comme caractères communs l'élévation de la température, la présence de phénomè-

nes généraux intenses, la mort rapide et la nécessité de l'emploi de la loupe et même du microscope pour déceler la présence de lésions dans les différents organes.

Nous nous occuperons exclusivement ici des faits dans lesquels on n'a pu montrer dans le névraxe aucun tubercule, même à l'état de simple follicule.

Une première forme est représentée par une tuberculose méconnaissable au début et le malade se présente comme un délirant fébrile sans aucun signe de localisation d'une affection quelconque. En voici un exemple :

Observation I. — Mlle I... Valérie, âgée de 24 ans, sténo-dactylographe, entre à l'asile le 18 septembre 1929. Elle était très délirante depuis une dizaine de jours, tenait des propos incohérents ; l'insomnie était complète ; elle a des hallucinations des divers sens, mais semble-t-il par bouffées ; elle est très amaigrie ; l'état général est très mauvais, la fièvre très irrégulière, mais toujours élevée. A peine perçoit-on une très légère submatité au sommet droit en arrière, mais la malade ne tousse pas, ne crache pas, n'a jamais eu d'hémoptysie, pas de trouble de la vision, pas de dissociation du pouls et de la température, pas de signe de Kernig, pas de forte céphalée, pas de raie méningitique de Trousseau.

Jusqu'au début de la maladie actuelle, Mlle I... s'était toujours bien portée, elle avait reçu une instruction soignée et passait dans son milieu pour une jeune fille sérieuse et équilibrée, normale. Rien de particulier dans sa famille ni au point de vue mental, ni au point de vue tuberculose, sauf ce que l'on appelle le caractère nerveux sans plus. Une vingtaine de jours avant son entrée à l'asile, Mlle I... aurait été, de la part d'un de ses collègues du bureau, l'objet de propositions malsonnantes avec essai d'intimidation, mais sans aucun acte caractérisé de violence. Cela l'avait beaucoup tourmentée, elle en avait parlé à ses parents qui avaient partagé ses doléances. C'est depuis cet incident que sa santé s'était altérée et que très rapidement s'étaient installés la fièvre et le délire.

Pendant tout le temps qu'elle est restée à l'asile, soit du 18 septembre au 5 octobre, jour de sa mort, la fièvre garde les mêmes caractères, l'état général devient de plus en plus mauvais et le 3 octobre, on constate une eschare au sacrum ; les phénomènes stéthacousiques deviennent de plus en plus nets et furent bientôt bilatéraux. La malade fut vue en consultation par M. le professeur Olmer qui confirma l'opinion du médecin traitant. Tout médication active fut jugée inutile et Mlle I... s'éteignit dans la matinée du 5 octobre.

Epilogue. — Après la mort de la malade, la famille crut devoir déposer une plainte au Parquet contre l'individu qu'elle considérait comme l'auteur de son malheur, malgré les conseils des médecins et de l'avocat consultés. Juridiquement, la plainte ne pouvait aboutir, mais l'autopsie fut pratiquée par le Dr Dufour, médecin-légiste, et elle confirma le diagnostic porté : phtisie pulmonaire galopante sans aucune localisation. Les troubles mentaux étaient donc de nature toxémique.

D'autres fois, l'évolution de ces formes est moins rapide et moins théâtrale ; le délire disparaît et peu à peu on voit apparaître le tableau de la phtisie pulmonaire vulgaire, sans aucun délire surajouté. Tous les cas connus de cette forme se sont terminés par la mort.

Une autre forme se rencontre plus fréquemment : la maladie débute avec des allures de pneumonie anormale, particulièrement chez des sujets surmenés, mais la fièvre est irrégulière, les crachats ne sont pas du type rouillé, la défervescence ne se fait pas, l'individu maigrit et présente un type ahuri ; il répond mal aux questions et avec lenteur, ne se plaint pas de son état ; il a des hallucinations visuelles et auditives qui n'ont pas le caractère terrifiant des accidents alcooliques, mais celui du rêve. A l'auscultation, la lésion ne siège pas habituellement aux sommets, mais aux bases, comme Laënnec l'avait déjà dit : c'est, en effet, de la pneumonie caséeuse qu'il s'agit. On l'a rencontrée souvent chez les noirs (Jauneau), dans les autres races de couleur et chez les paysans de nos pays qui vont habiter les villes et qui ont à y souffrir de la misère.

Très voisines de cet état sont les formes que l'on rencontre chez les jeunes soldats qui ont pris part à des expéditions lointaines pénibles au Maroc, en Syrie ou dans les colonies, où ils ont fait colonne et ont contracté le paludisme, la dysenterie ou d'autres affections exotiques en même temps que se développent des signes de tuberculose au début. Le délire est extrêmement polymorphe avec parfois mutisme par absence d'idées ou à cause de leur confusion, les propos sont absolument incohérents et affectent la forme de « salade de mots », comme disent les Allemands. En même temps, illusions et hallucinations, impulsions à frapper et amaigrissement énorme ; le foie et la rate sont tuméfiés et on rencontre des souffles extra-cardiaques. Mais, contrairement aux variétés précédentes, le pronostic devient éminemment favorable dès que le sujet est rapatrié. Très rapidement, dès leur débar-

quement en France, l'appétit revient, par un régime et un traitement appropriés les forces reviennent avec l'appétit, les signes pulmonaires s'estompent, les fonctions mentales s'améliorent et, en quelques mois, les sujets reprennent, guéris, leur place dans la société et leurs occupations. Cependant, nous avons vu un cas de cette forme particulièrement grave, qui s'est terminé par la mort.

Observation II. — Il s'agissait d'une jeune fille légèrement tuberculeuse qui avait accouché depuis quelques jours lorsqu'elle apprit que le père de son enfant, qui lui avait maintes fois promis le mariage, avait disparu. Les signes de tuberculose s'accentuèrent et il apparut un délire confusionnel très violent avec fièvre. Une dizaine de jours plus tard, l'état prit une allure typhique, même avec des tâches rosées et cet état dura beaucoup plus qu'une dothiènentérie vulgaire pour se terminer fatalement. Le diagnostic de l'accident ultime fut fait par la négativité de la séro-réaction de Widal et de l'hémo-culture.

On voit aussi, assez fréquemment, des sujets chez lesquels la confusion mentale ouvre la scène d'une façon moins théâtrale que dans la première forme décrite. En voici un exemple.

Observation III. — L... Maurice, électricien, né à Alexandrie (Egypte), âgé de 19 ans, est un garçon qui paraît robuste et bien constitué et n'aurait jamais eu de maladie grave. Le père a été atteint très jeune d'hémiplégie et vit encore, la mère est bien portante, un frère matelot fait en ce moment son service militaire dans la flotte. Ces temps derniers, L... aurait eu beaucoup d'ennuis dans son travail : des camarades malveillants lui faisaient perdre ses emplois ; et parfois, par misère, il a dû se priver de manger. Il a été se reposer et se soigner en Corse chez des parents éloignés. A son retour, il a perdu le sommeil, est devenu agité et violent et est en pleine crise d'anxiété lorsqu'il entre à l'Asile ; il a des obsessions, des hallucinations des divers sens et de vagues idées de persécution ; il a jeté par les fenêtres de son logement divers objets et a menacé de se précipiter lui-même sur le sol. La langue est saburrale, il a perdu l'appétit et ne nous répond, lorsque nous l'interrogeons, qu'avec une très grande lenteur, d'une voix blanche et parfois à côté ; il a présenté transitoirement de l'écholalie. Il n'est pas sensiblement amaigri, il est nosophobe. Au sommet droit, en arrière : matité, inspiration rude, expiration prolongée. Le pouls est à 86 pulsations. Le R. O. C. l'abaisse à 80, soit une diffé-

rence de 6 pulsations. Pas d'inégalité pupillaire constatable. Depuis deux mois qu'il est en traitement, l'anxiété a disparu, l'appétit est meilleur, l'hypochondrie est moins prononcée, il n'a plus d'idées de suicide, mais a encore parfois de courtes périodes d'agitation qui paraissent devenir de plus en plus rares, il a repris du poids, mais les phénomènes stéthacousiques n'ont pas rétrogradé, la langue a repris l'aspect normal. L'amélioration est incontestable. Le traitement a été la clinothérapie, les hypnotiques du type barbutyrique, une nourriture substantielle et des fortifiants.

Parfois, la tuberculose ouvre la scène plus ou moins longtemps avant l'apparition des troubles mentaux. En voici un exemple :

Observation IV. — P... Dominique, né le 5 juillet 1908, en Corse, a fait de bonnes études au collège d'Ajaccio et est arrivé facilement au baccalauréat. Nous remarquerons toutefois qu'une de ses sœurs a fait un séjour de deux années à l'asile d'aliénés de Montpellier d'où elle est sortie guérie. A l'âge de 16 ans, P... a eu un état fébrile grave qui a duré 45 jours et a été qualifié de fièvre typhoïde suivie de pleurésie. P... a poursuivi ses études dans sa famille, a suivi des cours par correspondance et s'est présenté aux concours de diverses administrations financières ; il a échoué, mais a été chargé des fonctions de contrôleur auxiliaire des douanes à Modane et a ensuite été désigné pour Marseille où il n'a jamais rempli son emploi à cause de sa maladie. Il reconnaît être un « nerveux » et comme il arrive souvent chez les tuberculeux, un irritable. Entré à l'asile le 7 décembre 1929 avec le certificat suivant : « est atteint de troubles mentaux qui ont débuté il y a trois mois environ, se caractérisant actuellement par de l'agitation maniaque (agitation motrice) parle ou chante sans interruption, interpelle les passants dans les rues et leur cherche dispute, insomnie avec agitation nocturne, petites idées de persécution concernant surtout son entourage familial, a fait à deux reprises du scandale dans la rue et à l'hôpital. Pas de signes objectifs de lésions nerveuses. Tuberculose pulmonaire droite, bacilles dans les crachats ». A son entrée dans le service, il est très violent, très grossier, ne veut être soigné que par des infirmiers, ses compatriotes, crache à la figure et bat les autres membres du personnel ; il est très savant, il a 9 diplômes, est professeur de plusieurs sciences, il doit diriger ses sœurs parce qu'il est l'aîné, et leur faire épouser des maris de son choix et non du leur, il a grand appétit ; il peut manger « autant qu'un cochon », « les continentaux lui font des misères ». Au point de vue somatique, il est très émacié, infiltration du poumon droit dans le tiers moyen en arrière, inégalité pupillaire (droite plus grande

que gauche), les idées sont incohérentes, fugaces et grossières. Pendant les premiers jours, il a présenté une température très irrégulière. Actuellement, l'état pulmonaire s'est amélioré, il est devenu plus calme et nous avons pu le laisser rentrer dans sa famille. Le traitement par la méthode du pneumothorax artificiel a échoué. Le R. O. C. est très fortement positif puisque après la pression du globe oculaire nous trouvons 88 pulsations au lieu que, normalement, le pouls est à 100 (soit — 12).

L'an dernier, nous avons observé un cas en tout point semblable à celui-ci. Il s'agissait d'un jeune surnuméraire de l'enregistrement, qui avait les cheveux roux vénitien, comme disait Landouzy. Nous l'avons perdu de vue.

Dans tous les cas que nous avons passés en revue, la tuberculose est antérieure ou contemporaine des troubles mentaux ; on ne saurait donc nous objecter que la phtisie est prodigieusement commune dans les Asiles (Brouardel), particulièrement dans les formes de démence précoce qui ne sont bien souvent que les formes incurables de la confusion mentale (Régis), mais alors la phtisie est nettement secondaire et due à une infection nosocomiale.

Les faits que nous rapportons n'ont aucun caractère exceptionnel ; on peut les constater dans tous les services d'aliénés. Toute confusion qui n'a pas une cause exogène ou endogène bien nette est suspecte de tuberculose et le porteur doit en être examiné avec soin à ce point de vue. Nous négligeons volontairement les cas si fréquents dans lesquels l'intoxication éthylique et la tuberculose se rencontrent chez un confus, mais c'est l'éthylisme qui, en pareil cas, semble avoir le rôle prépondérant et être le *primum movens ;* cependant, il est certain que les toxines tuberculeuses ajoutent leur action à celui de l'alcool. Car, évidemment, ce sont ici les toxines qui sont en cause puisque nous avons, par définition, éliminé les faits dans lesquels on pouvait constater des lésions au niveau de l'axe cérébro-spinal, même microscopiques, et que dans la granulie il y a, à la fois intoxication générale et véritable septicémie diffuse.

Il est certain que les sujets chez lesquels évoluent les phénomènes que nous venons de décrire sont des prédisposés, des dégénérés, comme les appelait Magnan. Nous répétons encore que ces sujets sont des surmenés ou des mal nourris. On trouve chez eux tous les signes que Magnan appelait les stig-

mates physiques de la dégénérescence et qui sont, de nos jours, souvent rapportés à la syphilis héréditaire, mais n'en sont pas moins des signes d'une déchéance de l'organisme remontant à la vie embryonnaire ou aux premiers stades de l'existence de l'enfant. En effet, la tuberculose est partout (Brouardel), chez l'adulte habitant les villes et les faits que nous rapportons ne se rencontrent qu'assez rarement et dans des conditions spéciales chez des sujets héréditairement prédisposés.

Comme conclusion pratique, nous dirons après tant d'autres que l'on doit éviter tout surmenage physique ou intellectuel chez les sujets qui sont prédisposés par leur hérédité à la tuberculose et aux psychoses et que l'on doit rechercher par toutes les méthodes les plus modernes les signes de la tuberculose au début, dans toutes les confusions mentales dont on ne peut donner une raison plausible. Il est possible qu'en pareil cas un traitement énergique puisse enrayer le développement des états mixtes que nous avons envisagés dans ce travail, mais dans ces cas il faut éviter les médicaments capables d'ajouter leurs effets toxiques à ceux du mal lui-même.

Tuberculose et Démence précoce

Par MM. Privat de Fortunié et Geney

(de Maréville-Nancy)

La communication que j'ai l'honneur de faire au nom de mon interne, le Dr Geney, et au mien, est basée sur des recherches généalogiques et cliniques concernant toutes les malades schizophrènes ou démentes précoces présentes dans le service à la date du 1er janvier 1929 ou entrées depuis. Elles portent sur 174 cas, dont la durée est pour la plupart supérieure à 10 ans. Les conclusions que nous voulons dégager aujourd'hui ont uniquement trait aux relations de la démence précoce avec la tuberculose.

En ce qui concerne ces relations, il est juste de rappeler que leur existence n'avait pas échappé à la clairvoyance de Morel. Examinant les conditions de développement de la démence précoce, ce maître distingue nettement deux modes d'entrée. Dans une première catégorie, il place les malades qui sont nés avec des dispositions congénitales vicieuses. Dans la seconde catégorie se rangent, dit-il : « Les malades qui, sans être complètement soustraits aux influences héréditaires, paraissent avoir été soumis à des influences d'un autre ordre, qui toutes, à des degrés variés, ont le triste privilège d'égarer la raison, d'amener un affaiblissement progressif de l'intelligence avec production des phénomènes de stupidité intercurrente... Certaines maladies, ajoute Morel, semblent avoir une action pour ainsi dire spécifique sur la libre manifestation de nos actes intellectuels ; je veux parler de la fièvre typhoïde, de la phtisie, des scrofules dont la diathèse agit d'une manière fatale sur la constitution des jeunes filles en contrariant le développement de la puberté... Chez les malades dont l'affection est déterminée par les causes que nous énumérons, la transition à la démence s'opère parfois avec une extrême facilité. Il n'est pas rare de voir cette transition signalée par

un anéantissement complet de toutes les forces intellectuelles et physiques dont la stupidité avec excitation périodique et tendances bizarres et dépravées est un des symptômes caractéristiques. »

Ce passage de Morel ne semble pas avoir beaucoup frappé l'attention et il faut arriver à une époque toute récente pour voir attribuer à la tuberculose spécialement un rôle décisif dans l'étiologie de la démence précoce. Parmi les auteurs contemporains, nous citerons M. Leroy, comme ayant parfaitement précisé les relations de la tuberculose et de la démence précoce. A la séance de la Société Clinique de Médecine mentale du 20 avril 1914, M. Leroy s'est exprimé de la sorte : « Il y a une infection qui joue un rôle primordial dans l'étiologie des démences précoces, c'est la tuberculose. On n'attache pas à cette idée une importance assez grande, probablement parce que l'infection tuberculeuse est si commune qu'il paraît banal d'en parler. Comme bien d'autres aliénistes, j'ai été frappé par ce fait que la démence précoce se rencontre ordinairement chez des tuberculeux et chez des tuberculeux héréditaires. »

L'intérêt des remarques faites par M. Leroy réside précisément dans cette indication que la démence précoce survient surtout chez les descendants de tuberculeux qui, souvent, sont eux-mêmes tuberculeux. Quand on se livre à une enquête médicale, sur la famille des déments précoces, recherches forcément limitées aux degrés les plus rapprochés, on est véritablement stupéfait de la fréquence des manifestations bacillaires chez les parents de ces malades. Cette fréquence apparaîtrait encore plus grande si nous pouvions sûrement identifier ce dont il s'agit quand on nous parle de décès par refroidissement, par consomption, par épuisement, par maladie de langueur, voire même par fluxion de poitrine ou grippe. Nous sommes en effet frappés de la fréquence des affections pulmonaires mal précisées ayant ou n'ayant pas entraîné la mort. D'autre part, comme l'indiquait Ball, si l'on rencontre souvent la tuberculose chez les parents ou les descendants des aliénés, il est peut-être plus fréquent de rencontrer cette association morbide chez les collatéraux. L'incidence de la D. P. chez les collatéraux est également bien connue. Sur 14 cas de D. P. familiale compris dans notre statistique, 9 concernent soit deux ou même trois sœurs, soit des frère et sœur.

Enfin l'examen des malades eux-mêmes nous montre la

coexistence fréquente de la tuberculose et de la démence précoce. Sur un total de 174 malades, nous avons rencontré la tuberculose 65 fois chez les parents et chez les malades eux-mêmes, 11 fois chez les parents seulement et 50 fois chez les malades seulement. Soit un total de 126 cas où la tuberculose est intervenue à un titre quelconque. Comme fréquence, la tuberculose vient dans notre statistique tout de suite après l'hérédité neuro-psychopathique et précède immédiatement l'hérédo-alcoolisme. C'est dire que, chez un même malade, ces éléments étiologiques sont souvent associés entre eux, soit à d'autres facteurs, héréditaires ou personnels. Ajoutons qu'ils ne sont pas spéciaux à la D. P. mais se rencontrent à l'origine de la plupart des maladies mentales. Peut-être la D. P. se distingue-t-elle par l'ancienneté dans la famille, l'accumulation ou la gravité des éléments étiologiques.

Après avoir été longtemps niée, l'hérédité de la tuberculose, admise par les anciens cliniciens, vient de recevoir une confirmation par la découverte des métamorphoses du bacille tuberculeux et par l'isolement de ces formes filtrantes dites ultra-virus, différant du bacille de Koch par leurs propriétés biologiques et paraissant donner naissance aux localisations ganglionnaires ou séreuses. Mais, probablement, la contagion prénatale reste-t-elle la cause principale de la transmission aux descendants de la tuberculose des parents.

Quand il ne s'agit pas de cette hérédité de graine, mise en lumière par les récentes découvertes bactériologiques, l'hérédité de terrain explique suffisamment la fréquence de la bacillose chez les descendants de tuberculeux. Cette hérédité de terrain peut être envisagée, soit comme une prédisposition élective consistant dans une vulnérabilité des épithéliums protecteurs, soit plus vraisemblablement comme une déviation nutritive se rattachant à une déficience générale. L'enfant naît non plus tuberculisé, mais tuberculiné et cette tuberculinisation amènera chez lui, tantôt des modifications humorales, tantôt des troubles cellulaires, des dystrophies et des hypoplasies, toutes conditions ayant pour effet de rendre le sujet tuberculisable.

On ne saurait certes nier qu'il existe des tuberculoses exclusivement accidentelles, mais la tuberculose se développant chez les malades mentaux nous paraît être surtout le témoin et le révélateur d'une dégénérescence héréditaire tuberculeuse ou autre. La tuberculose dans ce cas est bien, comme l'a écrit

M. Toulouse, l'aboutissement de toutes les tares biologiques. En plus de la prédisposition similaire qui nous paraît être la principale, toutes les tares héréditaires ou acquises relevées chez nos malades : affections neuro-psychopathiques, alcoolisme, syphilis, toxi-infections diverses, endogènes ou exogènes, interviennent pour créer cette viciation initiale de la nutrition, qui permettra l'invasion de la tuberculose. Sans invoquer à ce propos la théorie de la transformation de l'hérédité morbide, il paraît rationnel de ne voir entre les maladies diverses qui frappent une même famille, que le lien très général créé par la dégénérescence. Récemment encore, M. le professeur Lemoine insistait sur le rôle du terrain dans le développement de la tuberculose et rappelait à cette occasion l'aphorisme émis par Pidoux en 1874 : « L'homme n'arrive souvent à la phtisie, dans certaines variétés surtout, qu'après avoir descendu par ses ancêtres ou par lui-même, l'échelle de plusieurs maladies constitutionnelles dégénérées dont la tuberculose est un des derniers termes... La phtisie n'est pas une maladie qui commence, mais une maladie qui finit... La phtisie est l'égoût collecteur des diathèses. »

L'importance de ce facteur vient précisément de ce que la tuberculose est le plus souvent, non pas comme la syphilis une infection héréditaire et qui tend à s'éteindre d'une génération à l'autre, mais une infection qui non seulement crée une dégénérescence transmissible, mais encore prépare un terrain pour la maladie qui vient continuer chez le descendant l'œuvre commencée chez les ascendants. Il est à remarquer d'ailleurs que pour l'hérédo-alcoolisme, il se passe quelque chose d'analogue.

Entre la démence précoce et la tuberculose, qu'elle soit héréditaire, préparée par l'hérédité ou accidentelle, il ne s'agit point d'une simple coïncidence. La relation de cause à effet est établie non seulement par les statistiques, mais par d'autres rapprochements mis en évidence, ces dernières années, par différents auteurs. Le plus souvent, il s'agit d'un processus abiotrophique en rapport avec la dégénérescence hérédo-tuberculeuse. Ailleurs, il y a tantôt adjonction, tantôt intervention isolée d'un processus toxi-infectieux, le virus tuberculeux par son action élective sur le tissu neuro-épithélial, étant particulièrement nocif chez les sujets cérébralement sensibilisés. La désagrégation psychique est dans ce cas précédée d'un épisode confusionnel se déclanchant sans étiologie évidente au

premier abord, soit vers la puberté, soit plus tardivement. Les 10 cas de démence précoce survenue dans notre statistique après la trentaine, concernent des tuberculeuses et ont débuté 7 fois par un accès confusionnel. L'une de ces malades, dont les antécédents héréditaires nous sont mal connus, est devenue rapidement D. P. typique, à 39 ans, après un accès de confusion mentale hallucinatoire à début brusque et sans cause déterminée jusqu'à l'apparition de signes de tuberculose pulmonaire contrastant avec un aspect floride qui se maintient encore actuellement. A noter que, depuis l'internement de la malade, son mari est mort tuberculeux comme plusieurs membres de sa famille.

Nous signalerons une circonstance dans laquelle on peut observer la terminaison démentielle d'accès confusionnels d'origine tuberculeuse. C'est à la suite de la puerpéralité. Un certain nombre de ces accès confusionnels sont dûs à la réactivation de la bacillose par la puerpéralité, réactivation qui comporte souvent un pronostic fatal, tant au point de vue physique que mental. Au Congrès de Blois, en 1928, M. Donaggio, de Modène, a fait ressortir le rôle prééminant que la tuberculose joue dans la production de l'automatisme mental pathologique, constaté si souvent au début de la D. P. Nous avons eu maintes fois l'occasion de faire aussi la même remarque.

À côté des cas où l'infection tuberculeuse détermine la démence, il en est d'autres où elle provoque simplement un syndrome schizophrénique susceptible de régression coïncidant avec une amélioration de l'état physique. La tuberculose, en effet, qui procède souvent par poussées, nous paraît être la cause la plus fréquente des syndromes schizophréniques fugaces. Il s'agit de ces malades qui présentent des troubles psychopathiques polymorphes ou prédominent soit l'élément confusionnel, soit l'élément mélancolique accompagné de stéréotypies, maniérisme, négativisme, ambivalence, phénomènes automatiques. Il y a lieu cependant de faire toutes réserves sur l'avenir mental des malades chez lesquels surviennent ces guérisons apparentes.

Il est à remarquer, d'autre part, et c'est le second point sur lequel nous voudrions insister, que l'apparition des troubles mentaux n'est pas en rapport direct avec la gravité de l'affection bacillaire. Il semble même que la relation soit inverse et que ce soit surtout dans les formes latentes de la tuberculose

que se manifestent les psychopathies. On pourrait, à cet égard, diviser les tuberculeux en deux groupes : les malades d'hôpital, atteints de formes évolutives, généralement graves, et présentant un minimum de troubles mentaux, et les malades d'asile atteints surtout de formes latentes, plus diffusibles que destructives, dont l'évolution prolongée explique l'action efficace des toxines sur les centres nerveux. C'est à l'appui de cette idée qu'il y a quelques trente ans, sous l'inspiration d'un aliéniste éminent, M. le Dr Cullerre, parut une thèse intitulée: « De la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les psychoses. » Quand on examine au point de vue pulmonaire les déments précoces, on est frappé de constater l'extrême fréquence de lésions bacillaires coïncidant avec un minimum de signes fonctionnels et avec une bonne conservation de l'état général. Et ceci montre l'importance qu'il y a à diagnostiquer de bonne heure la tuberculose chez les individus atteints de troubles psychiques. Indépendamment des signes cliniques susceptibles de révéler cette affection au début, une des sources les plus précieuses d'information pour établir le diagnostic nous est fournie, comme l'indiquait M. Chartier dans sa thèse, par les antécédents personnels et héréditaires des malades : fait d'appartenir à une famille décimée par la tuberculose, existence antérieure chez le malade d'une pleurésie ou même d'autres accidents pulmonaires moins caractérisés, possibilité d'une phtisie conjugale quand le conjoint a succombé à la tuberculose. Néanmoins, dans la majorité des cas, la maladie ne peut être sûrement diagnostiquée qu'à une période avancée. Cette latence antérieure de la tuberculose chez les aliénés et chez les D. P. en particulier, s'explique tantôt parce qu'il s'agit de manifestations d'abord localisées : atteintes ganglionnaires, osseuses, pleurales, apparemment guéries mais en réalité souvent torpides et ne mettant pas les malades à l'abri d'un réveil de l'infection par localisation pulmonaire suivie de phtisie. Les signes fonctionnels sont généralement peu marqués : par suite d'une diminution des réactions chez les déments, la toux fait souvent défaut et l'expectoration manque parce que les malades avalent leurs crachats, fait qui n'est pas étranger à l'apparition fréquente en pareil cas d'entérites bacillaires. Tantôt il s'agit de formes à début insidieux à marche lente et rémittente, caractérisée par une série de périodes d'amélioration et d'aggravation. Il est ainsi fréquent de constater une certaine

discordance entre l'état général des malades, apparemment floride, et la présence de lésions pulmonaires. Ces dernières provoquent d'ailleurs rarement des hémoptysies, ce qui s'explique vraisemblablement par la concomitance, tout au moins temporaire, d'un processus scléreux, soit parce qu'étant héréditaire, l'infection est atténuée dans sa virulence, soit parce qu'évoluant sur un terrain déjà préparé, les défenses organiques s'y montrent plus résistantes. Quoi qu'il en soit, cette latence n'a souvent qu'un temps et un jour vient où la maladie entre en évolution d'autant plus rapide qu'elle est en général favorisée par une mauvaise hygiène des malades, par les difficultés d'examen et de traitement inhérentes à leur état mental, ainsi qu'en témoigne le très grand nombre de décès par tuberculose parmi les démentes précoces. Sur 12 décès de démentes précoces comprises dans notre statistique, 10 ont été causés par la tuberculose, le 11e est dû à une embolie qui a foudroyé la malade, occupée à servir le repas de ses compagnes ; le 12e est survenu après plusieurs ictus apoplectiformes chez une malade de 58 ans, internée depuis 28 ans.

De telle sorte que, reprenant dans un sens plus étendu les paroles de M. le professeur Lemoine, nous dirons, en guise de conclusion, que tuberculose au point de vue somatique et démence précoce au point de vue psychique, sont deux façons de finir pour ceux qui sont marqués pour finir.

Discussion

M. Aug. Ley (de Bruxelles). — La tuberculose est en effet une cause très importante de dégénérescence. Toutes mes enquêtes sur les ascendants des dégénérés m'ont montré ce rôle de la tuberculose comme facteur de dégénérescence. Comme directeur d'un service d'enfants anormaux, j'ai étudié la question et je crois qu'on a sous-estimé en général le rôle de la tuberculose comme facteur de dégénérescence. Je signale notamment l'importance, déjà remarquée, de la tuberculose des grands-parents. Les statistiques de M. Verwaeck chez les criminels, ont d'ailleurs montré la fréquence de la tuberculose chez les ascendants des criminels dégénérés constitutionnels. En ce qui concerne l'association de tuberculose et de troubles mentaux, je dois cependant dire que dans les asiles belges il y a, parmi les déments précoces, très peu de cas de tuber-

culose en évolution. En somme, la tuberculose est certainement une cause de troubles mentaux parce qu'elle est une cause héréditaire de dégénérescence. Elle est probablement une cause directe de troubles mentaux en déterminant des psychoses aiguës.

M. Vermeylen (de Bruxelles). — Au Dispensaire d'Hygiène mental infantile de Bruxelles, nous avons été frappé par le pourcentage, véritablement massif, d'enfants ayant des antécédents très chargés au point de vue tuberculeux et qui nous étaient amenés pour des troubles du caractère.

Ce pourcentage est de loin supérieur à celui qu'on rencontre dans les familles d'enfants normaux et même d'enfants déficients mentaux. Ces enfants psychopathes, ayant des ascendants tuberculeux, présentent dans l'ensemble un aspect normal et souvent floride, et dans la plupart des cas, les examens minutieux, faits au Centre de Santé, n'ont pu relever aucun signe de tuberculose, même latente. Pour quelques-uns, une cure en préventorium a été tentée et a donné, au point de vue des troubles du caractère, d'excellents résultats. Il semble donc bien qu'il y ait une hérédité de terrain qui conditionne l'éclosion de troubles psychopathiques.

M. de Craene (de Bruxelles) rappelle la communication précédente de M. Wahl. Il cite le cas d'un dément précoce, un intellectuel particulièrement distingué et intelligent autrefois, qui est tombé malade il y a deux ans. Le début a été marqué par un syndrome confusionnel qu'on a traité de la manière classique. L'évolution s'est faite vers la démence précoce. Or, le grand-père est tuberculeux. On rencontre souvent la tuberculose chez des sujets héréditairement tarés. D'autres fois, des troubles aigus accompagnent des poussées aiguës de tuberculose. La tuberculose peut dans certains cas être considérée comme la cause déterminante de la démence précoce.

M. Privat de Fortunié rappelle qu'il a surtout insisté dans sa communication sur le rôle prédisposant de la tuberculose.

M. Meignant (de Paris) a observé deux cas qui démontrent avec évidence le rôle éventuel de la tuberculose dans l'étiologie de certains troubles psychiques. Une jeune fille d'une

vingtaine d'années, jusque-là saine, mais ayant un frère tuberculeux, fait un syndrome confusionnel typique, avec mauvais état général, mais à peu près sans fièvre. Après un mois, les troubles psychiques cessent brusquement et on assiste à l'évolution d'une granulie avec symptômes méningés. Pendant la phase confusionnelle, deux ponctions lombaires avaient été négatives. L'autre cas est celui d'un jeune homme dont l'histoire est à peu près semblable à celle de la jeune fille dont il vient d'être question, à cette différence près qu'il se développa, non pas une granulie, mais une pneumonie caséeuse, améliorée ultérieurement par un pneumothorax.

M. Calmettes (de Naugeat-Limoges) a constaté lui aussi la fréquence des troubles du caractère chez les enfants de l'Assistance publique qui n'ont pu rester en placement familial. L'examen médico-psychologique montre des troubles dans une proportion qui peut aller jusqu'à 60 ou 70 0/0 des cas. Il faut admettre le rôle considérable de l'étiologie tuberculeuse.

M. Pactet (de Paris) signale un cas de son observation personnelle. Le père et la mère étaient tuberculeux ; un enfant était atteint de psychose intermittente ; un autre enfant eut lui-même un fils, dément précoce, et une fille, dont le moins qu'on puisse dire est qu'elle était atteinte d'une profonde déficience morale. Faut-il voir là une preuve du rôle prépondérant de la tuberculose, l'hérédité tuberculeuse étant responsable de la dégénérescence morale et de la démence précoce dans la seconde génération ?

M. de Fischer (de Berne) cite le cas d'une jeune fille tuberculeuse, qui fit un délire aigu, puis un état catatonique et chez laquelle il y avait un véritable balancement entre les poussées tuberculeuses et les troubles psychiques.

M. Médakovitch (de Paris) rapporte des cas personnels favorables aux observations de M. Privat de Fortunié.

M. René Charpentier. — Cette discussion est très intéressante, mais il y aurait intérêt à ne pas confondre des choses

différentes. En somme, les cas dont on vient de parler peuvent se grouper en trois catégories :

Des cas dans lesquels paraît démontrée l'influence de la tuberculose sur la maladie, influence directe avec dans certains cas alternance des troubles psychiques et somatiques ;

Des cas de mort de déments précoces par tuberculose, cas dans lesquels il s'agit souvent de vieux déments précoces. La fréquence de l'éclosion de la tuberculose chez des malades chroniques et cachectiques est telle que ces cas ne sauraient démontrer le rôle de la tuberculose dans la genèse de la maladie mentale ;

Enfin des cas où l'on met en cause l'hérédité tuberculeuse. Mais si la fréquence de la tuberculose chez les ascendants des malades mentaux paraît très grande, il ne faut pas oublier que la fréquence de la tuberculose est telle qu'en la cherchant dans les ascendants de tous les malades, on la trouvera très souvent. Par rapport à l'influence de l'hérédité dégénérative ou alcoolique, ou surtout syphilitique, celle de l'hérédité tuberculeuse n'apparaît pas ici particulièrement importante.

M. Privat de Fortunié rappelle qu'il a voulu insister sur le rôle de la tuberculose héréditaire ou de l'hérédité tuberculeuse comme cause de dégénérescence. Il est intéressant de constater la fréquence de la tuberculose chez les ascendants des déments précoces. Il est vrai qu'il y a souvent association d'alcoolisme. L'alternance des troubles psychiques et somatiques a été signalée depuis longtemps ; Ball avait formulé une véritable loi à ce sujet, la loi de remplacement.

M. René Charpentier. — Je crois que tout le monde sera d'accord pour admettre que si un dément précoce a les plus grandes chances de devenir tuberculeux, un tuberculeux a *relativement* peu de chances de devenir dément précoce.

Ma Méthode combinée

Application du traitement du professeur P. Dubois (de Berne), associé à celui de Charles Baudoin, dans les insuffisances nerveuses et fonctionnelles

Par le Dr A. Lestchinsky, de Territet (Suisse)

On ne soulage pas, on ne guérit pas les patients à coups de préceptes philosophiques, de systèmes personnels ou de médications chimico-physiques exclusives.

Le psychologue doit observer comment le praticien procède au redressement des fléchissements de la nature humaine. A son tour, le médecin doit s'inspirer de la psychologie s'il désire mettre en activité les forces agissantes de l'esprit. C'est ainsi (et contrairement à ce que l'on voit si fréquemment) que l'on pourra reconnaître les caractères différentiels de l'homme dont on se propose de maintenir la santé physique ou morale. C'est rappeler du même coup que la médecine n'est vraiment opérante que si elle s'individualise. La tendance médicale considère trop souvent l'homme comme le type le plus élevé de l'échelle zoologique, on le traite suivant un schéma biologique exclusif ; on se contente des examens vétérinaires.

Des neurologistes prudents ont beau rappeler que l'âme et le corps étant étroitement unis, il est vain de séparer l'activité morale de celle qui dérive d'un substratum organique.

Un grand nombre de praticiens dédaignent cet avertissement et se comportent en manœuvres : les signes objectifs leur suffisent ! Les sentiments, les sensations, les émotions, les pensées, tout cela leur importe peu.

On peut objecter que la science médicale ne peut exprimer par des signes clairs l'infinie variété individuelle des caractères physiologiques. Elle le peut encore moins s'il s'agit de la diversité des traits psychologiques. Cette réserve est exacte pour les distinctions physiques, elle ne l'est pas pour les autres. Les différences psychologiques, en effet, sont plus profondes et plus marquées. Je rappelle en deux mots l'importance de

l'âge, du sexe, de l'hérédité, des antécédents, etc. Ces notions groupées en faisceau, permettent seules de tracer le profil de la personnalité souffrante et d'établir un pronostic.

Cette part individuelle se retrouve partout, aussi bien dans les maladies chroniques que dans les affections aiguës et chirurgicales. C'est la confirmation de l'adage bien connu : il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades.

Il y a plus de vingt ans, ayant soigné et ayant vu traiter des malades, à l'hôpital, suivant le cliché biologique habituel, je fus bien surpris de me trouver dans une clinique pour nerveux, où les méthodes étaient radicalement différentes. Celle du professeur Dubois (de Berne) y était pratiquée religieusement par un de ses disciples.

Dubois, ce maître remarquable, mort en 1918, fut-il de son vivant, quoi que l'on dise, suffisamment compris et apprécié ? J'en doute en constatant combien rarement sa méthode est mise en pratique.

Je vais rappeler très brièvement quelques-unes des notions fondamentales tirées de son enseignement. Sur elles, il édifie sa thérapeutique.

Quand on est convaincu, dit-il, que les gens ne sont que ce qu'ils peuvent être en vertu de leur nature et de leur éducation, on leur pardonne leurs erreurs et leurs fautes. On a trop la tendance d'expliquer les insuffisances mentales par des causes physiques, des intoxications, par conséquent par des procédés matériels et les moyens employés à leur guérison échouent. Or, l'orthopédie mentale réussit à redresser les anomalies mentales là où nous avons noté des échecs.

Dubois mettait son malade dans une maison de repos, isolé de sa famille. Les six premiers jours, il ne lui donnait que du lait. Ensuite aux amaigris, il prescrivait la suralimentation variée. L'essentiel, pour Dubois, était une conversation journalière et intime avec, comme fil conducteur, la vérité et la raison.

La vérité était de faire exactement comprendre le mal dont souffre le patient, qui s'imagine avoir des organes lésés. Il est indispensable d'arriver à démontrer qu'il ne souffre que des troubles de la fonction de ses organes et que ses troubles fonctionnels ne sont ni extraordinaires, ni graves.

Les palpitations du cœur, les sensations si pénibles de l'estomac ou de l'intestin et toutes les autres manifestations gênantes des organes sont créées et entretenues par des idées

ou représentations à la base desquelles est notre émotivité exagérée.

Nous attachons, toujours d'après Dubois, trop d'importance à la sensation qui ne mérite guère que nous y fixions notre attention. La preuve est que cette sensation peut être réduite à zéro par l'auto-suggestion inhibitrice, elle peut au contraire grossir par la représentation mentale.

Dubois exige des médecins qu'ils soient assez psychologues pour jeter bas cet édifice né de craintes et de théories fausses. (Le principal levier servant à cette opération est cette persuasion par la conversation logique et véridique. Que l'on évite de répéter les examens corporels, l'emploi des médicaments, la sonde, les analyses des sécrétions. Toutes ces manœuvres, le plus souvent, entretiennent les idées fausses des malades en leur faisant croire ce qui n'existe pas). Si, après un examen physique consciencieux, on est certain que l'affection est sous la dépendance des troubles nerveux, on doit de suite instituer le traitement moral. Le but est d'inculquer au patient l'idée de guérison et d'entretenir l'idée jusqu'à sa réalisation. Chemin faisant, on souligne les petits progrès obtenus, on les amplifie avec un optimisme intentionnel. On arrive ainsi à l'essentiel de la cure qui consiste à remplacer les fausses représentations mentales des névrosés par des pensées saines et philosophiques.

Pour Dubois, elles découlent d'une conception exacte du déterminisme biologique, et il en parle longuement dans son traité. Je le rappelle en deux mots. L'homme n'a qu'un but, la conquête du bonheur. Les hommes sont très souvent les artisans de leurs souffrances, et si ce ne sont pas eux, ils subissent le joug de l'hérédité. L'humanité, assoiffée de bonheur, tend naturellement au développement moral ; pour le réaliser, la tâche éducative est indispensable. Par une éducation intelligente, les tendances vicieuses se corrigent, les sentiments moraux s'éveillent. C'est l'influence persuasive qui crée une moralité durable. Par ce qui précède, il est facile de comprendre que la médication de Dubois fut classée parmi les traitements de moralisation, de méthode par persuasion rationnelle. Il va sans dire que cette méthode rencontra des critiques. On lui a reproché, entre autres, de négliger la classification des névroses en s'attaquant à elles au petit bonheur, d'oublier les préceptes médicaux. On le jugeait téméraire lorsqu'il affirmait constamment que les lésions sont inexistantes.

Parler toujours des erreurs des nerveux, c'est se rapprocher singulièrement du langage habituel des disciples de la science chrétienne.

La théorie du déterminisme de Dubois paraît à maints psychologues fragile ou simpliste. On s'étonne avant tout de l'ostracisme, dont il frappe la suggestion et ses applications thérapeutiques. Pour Dubois, en effet, celle-ci s'adresse aux tendances automatiques et non à la volonté, à la logique, aux facultés les plus élevées de notre personnalité.

« Si le malade, déclare ce savant, est guéri par la suggestion, c'est un faible mérite, et les actes qu'il accomplira par la suite ne sont ni stables, ni méritoires, puisque la volonté consciente n'aura pas contribué à relever les énergies morales. »

Cependant, il y fait une concession lorsqu'il écrit : « Pour bien saisir la valeur du traitement psychothérapique, il faudrait pouvoir suivre les malades, assister à leurs conversations ; on verrait alors ce que le médecin peut obtenir par un mot, par un sourire, ou constater cette malléabilité extrême de l'esprit, qui est un défaut lorsqu'elle engendre l'auto-suggestion maladive, qualité précieuse lorsqu'elle amène la guérison. »

J'ai, pendant bien des années, appliqué scrupuleusement la méthode de Dubois. A côté des succès, j'ai récolté des échecs qui s'expliquent. A côté du raisonnement, d'autres influences existent : le voyage, l'isolement, le repos au lit, l'ennui, le changement, l'influence personnelle du spécialiste. Un de ces facteurs venant à manquer, le traitement échoue.

L'observation plus exacte des nerveux, la constatation de certains échecs, la reprise des études de la suggestion — en particulier chez l'éminent Pierre Janet — modifient mon attitude. Enfin je rencontre Charles Baudouin, j'étudie ses travaux et sa pratique. Je cherchais une méthode pour atteindre rapidement les tendances subconscientes ; j'habite une région de tourisme à mouvement trop accéléré pour que je puisse me servir souvent de la psychanalyse. J'ai trouvé cette pratique chez Baudouin. On peut m'objecter qu'il s'agit là d'un retour déguisé à la méthode par hypnose. Je me garde de discuter cette objection. Celui qui s'est servi de ces deux techniques doit aisément constater qu'elles ne sont point similaires, à moins que tout soit hypnotisme, comme on le retrouve professé autrefois.

Son œuvre étant trop près de nous, sa doctrine peut être rappelée en quelques lignes. Dans son traité, Baudouin se demande en quoi Coué est original. Il le découvre dans cette constatation de sa pratique que Coué proclame sous la forme des énoncés suivants : « La volonté cède toujours le pas à l'imagination. » De sorte que « la volonté ne doit pas intervenir dans la pratique de l'auto-suggestion ». Nécessité « de s'appliquer surtout à l'éducation de l'imagination ».

Après l'étude approfondie de ces questions, Baudouin finit par formuler une théorie ingénieuse et établit les lois qui caractérisent le travail de la suggestion spontanée et de la suggestion réfléchie ou volontaire.

Mais comment, dans la pratique, arriver à donner à une idée l'intensité suffisante pour qu'elle déclanche une suggestion sans faire d'efforts, condition première d'une auto-suggestion efficace ?

Par les exercices d'un recueillement particulier, bien dépeints par le suggestionneur de Genève, mais qui s'apprennent en réalité par la pratique à modalités variées.

Voici l'esquisse très brièvement exposée de ma cure associée. Le névrosé est isolé, dans une clinique de préférence. S'il est amaigri, le traitement Dubois est intégralement prescrit. Les premiers jours, j'essaie de gagner la confiance du malade et de le persuader, suivant la technique Dubois. J'observe les modalités du caractère ou le type psychologique (Jung, de Zurich). Ensuite, je parle de la subconscience et du rôle de l'auto-suggestion. Je fais exécuter certaines expériences conseillées par Ch. Baudouin pour fixer l'attention du sujet sur certaines particularités de provenance subconsciente (pendule de Chevreul, chute en arrière, etc.).

Lorsque huit à quinze jours se sont passés, et que des visites journalières m'ont permis de connaître assez bien le malade et de l'entraîner, j'entreprends à la fin de la visite la séance suivant la technique de Baudouin. Il débute par un état de détente et de recueillement. Alors l'idée suggérée s'imprime plus facilement et sans effort de volonté.

J'insiste beaucoup sur cette technique préparatoire ; pour l'avoir, il y a quelques années, sous-estimée, j'ai noté des résultats irréguliers. Puis, m'adaptant à l'état rationnel ou affectif du sujet traité, je procède à une séance de suggestion détaillée, d'abord courte pour éviter la fatigue, puis plus longue et personnelle. J'individualise notablement ces séances

(il y a ici une différence avec le procédé Baudouin) au fur et à mesure que je connais davantage le nerveux, grâce aux conversations psychothérapiques.

Pour finir, et en restant fidèle aux suggestionneurs de Nancy, j'enseigne à chaque patient la technique de l'auto-suggestion réfléchie, qui doit être pratiquée avant de dormir et le matin au réveil.

Ce procédé est une règle mentale utile et permettant une discipline intérieure plus complète. Elle aboutit à l'affirmation optimiste comme je l'ai écrit dans les conclusions d'une étude sur cette question. Les résultats que j'ai obtenus en associant les deux méthodes, celle de Dubois et celle de Ch. Baudouin, m'ont paru plus rapides, plus fidèles, et, j'ose le dire, plus psychologiques.

Observation I. — Mme M..., âgée de 38 ans. Tuberculose guérie à 20 ans, souffre depuis 2 ans de douleurs gastriques hypersthéniques. Amaigrie. Phobie d'ulcère. Emotivité. Sociabilité diminuée. Soumise par son médecin aux bouillies et au lait pendant plus d'un an. Je l'isole dans une clinique. Alitement. Cure associée durant six semaines. Reste encore deux semaines dans une pension. Part guérie et ayant engraissé de 10 kil. 800 et mangeant de tout.

Oberation II. — Mlle B..., 27 ans. Récemment elle perd ses parents à quelques mois de distance. Elle éprouve un grand chagrin. Amaigrissement, phobies fixées sur son cœur qu'elle pense devoir s'arrêter. Angoisses au point qu'elle est internée dans un asile. Après quelques semaines, on la ramène améliorée. A peine rentrée à la maison, le mauvais état psychique reprend. Je l'isole dans une clinique durant six semaines ; cure associée. Elle prend 4 kgs, pendant un mois suit encore le traitement ambulatoire. Depuis plusieurs mois elle est guérie.

Observation III. — Un avocat brésilien, âgé de 55 ans. Durant ces dernières années, il souffre d'émotivité grandissante, de dyspepsie, de notable amaigrissement, de peurs, d'angoisses, de surdité luétique. Isolé dans une clinique et soumis à la cure associée. Il y demeure six semaines et deux semaines dans une pension. Il engraissé de 6 kgs. Il part très amélioré. Les séances de suggestion sont très laborieuses par suite de la dureté d'oreille. Il pratique l'autosuggestion Coué-Baudouin.

Observation IV. — Une Parisienne, âgée de 28 ans, mère d'un enfant de 5 ans. Pendant 4 années consécutives, elle souffre des

voies digestives, elle maigrit, elle s'attriste et tout la fatigue. Elle entre en clinique ; soumise à la cure associée, elle quitte avant trois mois notre région, guérie et ayant augmenté de 10 kgs.

Observation V. — Mme R., mère de famille de 52 ans ; se plaint depuis quelques mois de vomissements périodiques, de douleurs dans le ventre, d'irritabilité. Alitement dans une clinique. Cure associée. Après cinq semaines, elle prend 4 kgs et part améliorée ; guérie depuis 2 ans.

Observation VI. — Mlle R., 26 ans. Amaigrie. Scrupules et obsessions à contenu sexuel. Je la traite ambulatoirement pendant quelques semaines par la direction et la persuasion. Résultat nul. Isolement dans une clinique pendant deux mois. Cure associée. Les insuffisances névropathiques disparaissent lentement, elle engraisse de 6 kgs.

Observation VII. — Mlle B., âgée de 40 ans, amaigrie. Très rhumatisante, sinusité chronique, cystite. Elle souffre de tristesse, de scrupules, d'angoisses (contenu affectif). Cure associée durant sept semaines en clinique. Les symptômes physiques et psychiques rétrocèdent lentement. Elle part guérie.

Observation VIII. — M. H., âgé de 52 ans. Poids normal. Il souffre d'asthénie, d'algies dorsales, d'incapacité de gérer ses importantes affaires. Ses idées fixes sont rattachées aux difficultés qu'il rencontre depuis longtemps de la part de son fils unique. Freud consulté lui parle de longs mois dans un établissement médical et de psychanalyse. Cure associée dans un Hôtel. Le patient part, au bout d'un mois, très amélioré pour faire du sport, et il continue à bien aller.

Observation IX. — Homme de 27 ans, très vigoureux Doutes à propos de son travail et de ses fiançailles. Idées fixes (impuissance sexuelle). Cure libre et associée durant six semaines et part très amélioré.

Je pourrais aligner encore des exemples de traitements similaires, mais les premiers suffisent. Ils démontrent que des troubles fonctionnels variés et des névroses diverses de profondeur moyenne ou graves sont régulièrement améliorés ou guéris par la méthode conjuguée.

Chez Dubois, j'ai trouvé cette affirmation cent fois vérifiée; l'efficacité exclusive de la psychothérapie dans les maladies fonctionnelles, même graves.

A notre époque si troublée, il est instructif de se resouvenir des paroles de ce maître ; l'étroite connexion de la dégénérescence nerveuse et l'abandon d'un idéal moral. Autrement dit, la conception élevée de la vie maintient, à l'état latent, nombre de tempéraments névropathiques, qu'elle préserve des excitations troublantes d'un grand nombre de caprices.

Chez Ch. Baudouin, j'ai trouvé, à côté d'une théorie claire et originale de la suggestion, une technique précise. Ceux qui ne peuvent s'attaquer aux déviations subconscientes par des procédés longs et délicats, trouvent dans cette pratique une arme efficace.

Comme pour l'hypnotisme, l'engouement des uns et l'ignorance des autres ont pu jeter un certain discrédit sur cette œuvre. Peu importe, il suffit de connaître l'homme, il suffit d'avoir étudié sa méthode pour être mieux armé dans la lutte de tant de psychonévroses délicates.

Malgré tout, on pourrait s'étonner de voir prôner l'attelage des deux méthodes apparemment contradictoires.

Dans l'exposé précédent, j'ai esquissé les raisons de cette association. Pour moi, l'association des méthodes psychothérapiques va devenir, dans un avenir peut-être lointain, une règle de traitement. Ce n'est point seulement aux psychothérapies que je songe, je pense aussi aux autres techniques morales plus anciennes qui, elles aussi, auront leur mot à dire.

Syndrome de Korsakoff évoluant sur une Sclérose en plaques

Par MM. Billet et Campionet

Médecins de la Maison de Santé Rech, à Montpellier

Depuis quelque temps, la littérature médicale s'occupe des troubles mentaux de la sclérose en plaques. L'observation que nous vous présentons aujourd'hui vient apporter une pierre à l'édifice.

Il s'agit d'une femme de 59 ans, sans aucun passé pathologique ; elle jouissait d'une excellente santé, lorsque, en décembre dernier, elle-même et son mari, couchés dans la même chambre, restèrent endormis pendant 36 heures. Malgré l'enquête minutieuse, faite pour déterminer l'origine de cette hypersomnie conjugale, nous n'avons pas pu en trouver la cause.

A la suite de cette indisposition, la femme demeure un peu obnubilée pendant quelques jours ; mais ce n'est qu'une quinzaine de jours plus tard qu'elle commence à présenter les premiers troubles mentaux bien caractérisés : amnésie, aboulie, agitation verbo-motrice légère, négligence dans les travaux domestiques. Puis apparaissent de la maladresse dans les mouvements, un peu d'hésitation dans la démarche, enfin de l'incontinence d'urine, et, de façon intermittente, de l'incontinence fécale. Peu à peu, ces troubles s'accentuent, notamment les troubles de la statique, qui s'accompagnent de tremblement généralisé et de douleurs musculaires dans les membres inférieurs surtout. Corrélativement, les troubles mentaux s'exagèrent, et la malade devient tout à fait désorientée dans le temps et dans l'espace, à peu près incapable de fixer son attention, présente surtout de gros troubles de la mémoire, du puérilisme, de la suggestibilité et de l'euphorie. Il est à noter, d'ailleurs, que pendant près d'un mois, les troubles, tout en progressant dans l'ensemble, variaient d'un jour à l'autre en plus ou en moins. Quoi qu'il en soit, la malade dut entrer à la Maison Rech le 13 janvier.

A l'entrée, nous nous trouvons en présence d'une malade

calme, euphorique, très émotive et suggestible, incapable de fixer son attention, répondant souvent au hasard aux questions posées. A certains moments cependant, son attention se fixe momentanément, mais on constate des troubles énormes de la mémoire. Jugement et raisonnement puérils ; confabulation ; en somme syndrome de Korsakoff typique.

Nous pensions trouver, à l'examen physique, une polynévrite ; la malade reste assise dans un fauteuil, ne peut marcher qu'aidée et soutenue, à petits pas ; mais la démarche est raide ; la malade perd l'équilibre dès qu'on la lâche. Examinée dans le décubitus dorsal, elle présente, sinon de la contracture, du moins de l'hypertonie des membres inférieurs avec pieds en équinisme et jambes et cuisses en adduction forcée. Invitée à quitter son lit, la malade ne peut le faire seule et montre une grande maladresse dans tous ses mouvements. Tous les mouvements passifs sont possibles, mais avec une certaine peine en raison de l'hypertonie à peu près généralisée. Du côté des membres supérieurs, il y a un peu moins d'hypertonie et, sans qu'on puisse parler d'incoordination vraie, il y a maladresse dans les mouvements combinés. Nous avons noté une fois un peu de tremblement intentionnel, qui ne s'est plus manifesté au cours des examens suivants. L'écriture est impossible ; la malade trace des signes informes les uns sur les autres, qu'il s'agisse de dictée ou de copie. La parole est lente, bien articulée, sauf à certains moments où la malade bredouille. Pas de nystagmus, un peu de dysmétrie et d'adiadococinésie.

Tous les réflexes tendineux des membres inférieurs sont extrêmement vifs ; la recherche du rotulien provoque même, par moments, un certain degré de tétanisation des extenseurs de la cuisse; pas de clonus du pied. Aux membres supérieurs, les réflexes tendineux sont tous vifs, mais plus à gauche qu'à droite. Le réflexe plantaire détermine, des deux côtés, une flexion forcée de tous les orteils et un mouvement de retrait du membre. Babinski négatif des deux côtés, mais Oppenheim très positif à droite seulement. Tous les réflexes inguinaux et abdominaux sont abolis. Réflexes pharingé, cornéen, et pupillaires normaux.

Les sensibilités aux contact, à la piqûre et à la température sont nettement exagérées ; la pression des masses musculaires est douloureuse ; la sensibilité profonde est normale, ainsi que la discrimination tactile et la baresthésie.

Organes des sens normaux. Incontinence d'urines et incontinence fécale intermittente.

L'examen du l. c.-r. montre une pression normale, 0,15 d'albumine, 3 à 4 éléments par mmc.

La polynévrite que nous croyons trouver n'y était pas et nous avons à sa place un syndrome d'irritation médullaire diffuse avec spasticité et troubles sphinctériens que nous avons cru devoir attribuer à une sclérose en plaques. C'est aussi l'opinion du Prof. Rimbaud que nous avons prié d'examiner la malade.

Nous l'avons traitée par des injections intra-veineuses de salicylate de soude et d'arsylène.

Un mois et demi après son entrée, la malade était transformée : au point de vue mental, on n'observait plus que quelques lacunes de la mémoire, d'ailleurs spontanément rectifiées. Du côté physique, tous les troubles ont disparu ; il ne subsiste qu'un peu de vivacité des réflexes tendineux.

La malade a pu sortir de l'asile ; nous avons eu, il y a quelques jours, de ses nouvelles ; peut-être y a-t-il un peu d'affaiblissement intellectuel se manifestant par de la puérilité et de l'euphorie ; mais c'est peu de chose à côté de ce qui existait il y a 6 mois; quant au syndrome médullaire il a complètement disparu.

COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Rapports des réflexes élémentaires de posture avec l'état de veille, de somnolence et de sommeil

Par M. C. Henner, professeur agrégé, de Prague

A la clinique du professeur Syllaba, nous avons examiné les réflexes de posture chez tous nos cas neurologiques depuis 1924. Ces réflexes sont un vrai enrichissement de la sémiologie neurologique, ils nous ont rendu des services très réels, notamment leur abolition dans les syndromes cérébelleux déficitaires et pyramidaux frustes et leur exagération dans les syndromes parkinsoniens frustes. Tous les faits cliniques communiqués dans la série de travaux de Foix et Thévenard, de Delmas-Marsalet, de Froment, etc..., nous les avons trouvés absolument exacts.

Les R. E. P. m'ont intéressé au cours des études cliniques et expérimentales du syndrome cérébelleux par hyperfonction et au cours de l'étude de l'antithèse parkinsonienne-cérébelleuse (1). En dehors de la scopolamine dont l'influence a été si remarquablement découverte par Delmas-Marsalet, c'est par l'alcool qu'on peut abolir les R. E. P. chez chaque personne examinée (fait constaté par moi en 1926). Le syndrome cérébelleux déficitaire excessif de l'intoxication aiguë par l'alcool est conditionnée peut-être en grande partie par l'abolition de R. E. P. La bulbocapnine agit d'une façon inverse de celle de l'alcool et de la scopolamine, comme j'ai pu le constater dans un travail sur l'influence de cet alcaloïde sur le cervelet et le système vestibulaire, en 1928 (2).

Un examen détaillé des fonctions cérébelleuses « extrapyrami-

(1) K. Henner. — Symptômes cérébelleux causés par l'hyperfonction. Prague, Grégr., 1926 ; *R. N.*, 1925, T. I, 6, p. 1048 ; *R. N.*, 1927, T. I, 6, p. 989.
(2) Recueil de travaux en l'honneur du LXe anniversaire du Prof. Lad Syllaba. Prague, 1928, C. grafickâ Unie.

dales » et vestibulaires dure toujours pour une seule personne de longues heures ; de cette façon, il est arrivé que j'ai été obligé d'examiner des personnes normales et malades — surtout les syndromes parkinsoniens et cérébelleux — non seulement pendant la journée, mais aussi dans la nuit. Bientôt, j'ai été frappé par le fait que *les R. E. P. étaient presque constamment plus grands dans la journée que dans la nuit.* On pourrait penser à l'influence des mouvements actifs, fait constaté par Delmas-Marsalet, que peut-être les R. E. P. étaient diminués par les examens antérieurs. Mais par l'aspect et par l'examen graphique, j'ai constaté le temps de détente abrégé, même quand j'éveillais la personne examinée ou le malade d'un sommeil prolongé. Une autre série d'expériences a été poursuivie chez des personnes auxquelles on n'a pas permis de dormir du tout pendant toute la nuit, éventuellement, ces personnes ont été encore fatiguées par des examens variés, de sorte que la somnolence d'une telle personne était, dans les heures des examens, vraiment excessive. Chez des malades « *A. B.* », « *A. S.* », nous avons atteint de cette façon des conditions très favorables pour nos études. Ces malades étaient au lit avec l'appareil prêt à fonctionner pour l'inscription graphique. De cette façon, nous avons pu enregistrer les R. E. P. au cours du sommeil subintrant, pendant le sommeil, la veille, l'endormissement et le sommeil répétés. La fatigue de ces malades était si considérable, que dès que nous ne les apostrophions pas directement, ou si nous ne les excitions pas, ils s'endormaient en quelques secondes et dormaient profondément dans la prochaine minute. Au bout de quelque temps, le sommeil était si profond que les malades dormaient profondément, même pendant enregistrement. Chez un malade « *A. S.* », on a pu très bien démontrer la dépendance des R. E. P. sur l'état de veille. Pendant le sommeil de ce malade, le R. E. P. du jambier antérieur marquait un temps de détente 1/5" à peu près ; tandis que le temps de détente se prolongeait vite après le réveil, jusqu'à une seconde ; ce temps se prolongea encore davantage quand le malade se mit à raconter son histoire de revendication après son traumatisme.

On connaît bien, depuis Barré, la grande force irritative de l'irritation vestibulaire, même chez un sujet excessivement fatigué, ou même dans le coma. Si j'enregistrais les R. E. P. chez un parkinsonien presque endormi, j'ai pu bien constater une augmentation du temps de détente des R. E. P. au cours de la calorisation par l'eau froide et un amoindrissement des R. E. P., parallèlement avec irritation vestibulaire finie et le sommeil subintrant.

Ces expériences ne sont pas en contradiction avec les résultats de Delmas-Marsalet, qui a trouvé une diminution temporaire de R. E. P. pendant les excitations vestibulaires. L'irritation vestibu-

laire figure simplement dans nos expériences comme un réveil brutal d'un sommeil profond, chez les parkinsoniens avec des R. E. P. très augmentées.

Chez des personnes saines — étudiants en médecine — j'ai pu constater par hasard une dépendance intéressante des R. E. P. par rapport à un rire violent. Après un rire prolongé, les R. E. P. étaient beaucoup moindres et leur temps de détente plus court. Cette influence nous rappelle la narcolepsie dans laquelle il y a une dépendance classique du tonus postural sur le rire.

⁂

En accord avec des expériences susmentionnées, j'ai pu constater chez les malades avec la symptomatologie cérébelleuse classique, que leur tableau cérébelleux était très souvent beaucoup plus prononcé dans la soirée et dans la nuit, même avec un bon éclairage que dans la journée. Au contraire, les syndromes encéphalitiques parkinsoniens, avec rigidité considérable, sont dans la soirée souvent plus mobiles et leur plasticité visiblement moindre que dans la journée. Il semble que le frein cérébelleux devienne dans la nuit plus libre et pour cette raison les mouvements peuvent être plus faciles dans le syndrome parkinsonien, qui répond selon notre conception et nos résultats expérimentaux, à un sydrome cérébelleux par hyperfonction. Au contraire, dans le syndrome cérébelleux déficitaire, classique, le frein cérébelleux déjà altéré devient encore plus insuffisant, les R. P. E. encore moindres et le syndrome cérébelleux peut être dans la nuit encore plus net. Dans le syndrôme cérébelleux déficitaire expérimental — intoxication alcoolique aiguë chez une personne saine — nous avons également vu le tableau cérébelleux plus prononcé dans la nuit que dans la journée. Peut-être l'amoindrissement nocturne des R. E. P. explique-t-il partiellement aussi quelques cinésies paradoxales des parkinsoniens plus fréquentes dans la nuit.

Naturellement, on ne peut expliquer l'état différent du tonus de l'homme normal dans la journée et dans la nuit, seulement par l'aptitude plus grande de fixation du cervelet pendant la journée et amoindrie dans la nuit. Comme Foix et Thévenard, de même Delmas-Marsalet se représente les centres et voies anatomiques de R. P. E. comme très compliqués, difus et l'arc réflexe très long.

⁂

Pratiquons un examen cérébelleux complet sur une personne normale, excessivement somnolente ; chez un sujet qui a un seul désir de dormir, de soulager son système postural fatigué et de

passer d'une tenue antigravitique dans un décubitus gravitique. Chez un tel sujet, nous trouvons quelque symptôme cérébelleux très prononcé presque de chaque grand syndrome. Une telle personne titube ; pendant les premiers pas, il va bien, aussi longtemps qu'il est concentré, puis « il chancelle de somnolence » et présente une passivité générale. Si nous examinons les membres supérieurs ou inférieurs, le tronc ou la tête, nous trouverons souvent une passivité analogue à celle qu'a décrite André Thomas.

Mais ne nous laissons pas amener par l'intérêt des R. E. P. à négliger des autres changements des réflexes dans le sommeil. Nous savons, par des descriptions de Lhermitte et Tournay, que les réflexes tendineux sont chez l'homme endormi, également diminués et même abolis. La même chose est encore mieux établie quant aux réflexes abdominaux et crémastériens. Quelquefois, on peut voir même un signe de Babinski dans le sommeil normal.

Malgré cela, il me semble que la diminution, voire même la disparition de R. P. E. est quelque chose de vraiment caractéristique, pas tellement pour le sommeil même que pour la somnolence et le passage de l'état de veille au sommeil. Quand nous avons examiné le réflexe rotulien, immédiatement après que nous avons trouvé le R. P. E. diminué et son temps de détente raccourci, nous avons toujours vu un réflexe tendineux vif, normal, de même que le réflexe abdominal ou crémastérien.

Etudions l'exemple si expressif de Delmas-Marsalet : un homme lisant non au cours d'une promenade, mais au cours d'un voyage en train, — exemple analysé également par Froment. Nous saisissons la lecture ; c'est l'activité volontaire qui intervient. Après quelque temps, nous sommes complètement absorbés par la lecture, pourtant nous tenons le livre dans la même position. La lecture est intéressante, nous nous sentons frais, mais tout à coup, alors que le rythme de la marche du train reste régulier, le livre ou le journal nous semble plus lourd. Pour le moment, nous nous en rendons compte, nous saisissons la lecture par une contraction musculaire volitionnelle, qui nous obéit promptement ; mais, au bout d'un moment, la lecture nous semble de nouveau lourde, de nouveau, nous nous rendons compte que nous devons tenir le livre avec plus de fermeté, puis la tête nous semble également plus lourde ; nous continuons à lire, nous comprenons le contenu, il continue à nous intéresser, mais nous voyons que nous devons lever volitionnellement la tête elle aussi. La mobilité volitionnelle ne cloche pas encore ; aussi souvent que nous lui commandons, elle nous obéit, mais ce qui s'endort et ce qui est en défaillance, c'est la fonction statique. Ce n'est que beaucoup plus tard que dans l'exemple cité, la tête tombe sur la poitrine et que nous nous endormons ou que notre vis-à-vis observé s'endort.

Les quelques inscriptions graphiques que je me permets de faire circuler expliquent et démontrent, j'espère, tous les points que je viens d'exposer.

***

Conclusions. — Au cours des examens des R. P. E., chez des sujets normaux, chez des personnes avec les R. P. E. augmentés ou diminués, où ces réflexes ont été changés par la maladie ou par le médicament, j'ai constaté le temps de détente abrégé, voire même une disparition de ces réflexes dans la somnolence ou dans un sommeil pathologiquement profond de ces personnes. Cette diminution qui peut aller jusqu'à la disparition des R. P. E. n'était pas conditionnée par l'influence des mouvements actifs ou d'une mobilisation passive. Le temps de détente de R. P. E. était abrégé chez personnes examinées dans la nuit, pendant la somnolence, même quand pendant la journée antérieure elles ne se sont pas fatiguées ; la diminution des R. P. E. était visible, même quand les sujets examinés étaient couchés pendant de longues heures dans un repos complet, la musculature relaxée.

La diminution précoce de l'aptitude de fixation des R. P. E. semble être très caractéristique et constante pour la somnolence physiologique et pour de nombreuses somnolences pathologiques. Ce phénomène observé par nous, nous élucide également notre constatation, que le syndrome cérébelleux clinique est dans la nuit et pendant la somnolence du malade encore plus prononcé que pendant la journée ; vice-versa un parkinsonien rigide — selon nôtre conception et nos expériences, un syndrome cérébelleux par hyperfonction est dans la nuit plus mobile et présente plus souvent pendant la nuit une cinésie paradoxale. Les R. P. E. sont, comme il est établi depuis longtemps, diminués, voire même abolis dans le syndrome cérébelleux déficitaire ; il y a une superposition du tableau morbide quand il s'y adjoint la diminution de R. P. E. dans la nuit. Si, au contraire, chez le parkinsonien, les R. P. E. excessivement augmentés diminuent un peu physiologiquement dans la nuit, ce fait peut rendre la mobilité de ces malades plus facile.

Le tableau clinique d'une grande somnolence ressemble , sur quelques points au syndrome cérébelleux classique ; en majeure partie, ceci est probablement dû au fait que dans le syndrome cérébelleux déficitaire, de même que dans la somnolence d'une personne normale, les R. P. E. sont très diminués. L'affaiblissement précoce et, semble-t-il, très électif des R. P. E. nous explique ce que nous observons sur notre vis-à-vis s'endormant dans le train avec la lecture dans les mains, ou ce que nous observons sur nous-mêmes dans les mêmes conditions.

Dans le tableau compliqué de la somnolence et du passage de l'état de veille au sommeil du système moteur humain, il semble que le système antigravitique musculaire qui a tenu toute la journée la station debout, la marche et la station assise a besoin au plus tôt de repos. Hyporéflexie et hypotonie posturéoréflexe sont dans la sphère motrice humaine un des premiers signes du besoin de sommeil et ceci encore dans le moment où le système moteur volitionnel, cinétique, pyramidal, est encore complètement soumis à notre puissance.

Ataxie aiguë post-varicelleuse (encéphalite de la varicelle)

Par le Dr Ingelrans

Professeur de Pathologie générale à la Faculté de Lille

Le 20 mars 1929, j'étais appelé en consultation par mon confrère, le Dr Vouters, dans une commune voisine de Lille, pour voir un enfant de cinq ans qui présentait les signes d'une affection des centres nerveux faisant penser à une tumeur encéphalique.

On me présente un enfant normalement constitué, septième d'une famille bourgeoise de neuf enfants, tous bien portants. Les parents avaient constaté, l'avant-veille, qu'à peine sorti du lit, et sans aucune cause occasionnelle connue d'eux, le petit garçon ne tenait plus sur ses jambes. Il marchait à peine, faisait deux ou trois pas comme un individu ultra-ivre en zigzaguant et titubant. Il finissait par tomber. On avait dû le garder au lit, pas de fièvre, mais un vomissement. Cet état avait fait croire au début d'une néoplasie cérébelleuse, mais pas de céphalée, ni de troubles visuels. L'enfant déclare que tout tourne et ne souffre pas.

A mon arrivée, je le trouve au lit ; il me répond bien, il s'accroche aux draps dès qu'on le fait s'asseoir parce que le vertige le prend. On le met debout : il s'effondre. Je le relève ; il fait deux pas en agrippant les meubles, il tournoie, pivote sur un talon, tombe, se relève, repart comme un pantin ; on arrête l'expérience.

Je le mets debout entre mes jambes pour le maintenir ; je regarde les pupilles qui sont égales, je constate leurs bonnes réactions. Aucune anomalie faciale, ni dentaire ; les parents d'ailleurs sont de santé parfaite, un état héréditaire est à éliminer cliniquement dès l'abord. Je trouve sur la peau du thorax et du ventre des taches allongées, pigmentées, peu nombreuses, récentes. N'a-t-il pas eu la varicelle ? Réponse affirmative ; il vient d'avoir la varicelle et une de ses sœurs la commence actuellement.

Je me remémore à l'instant, par hasard, un article lu dans la *Pédiatria* quelques années auparavant ; le Dr Vouters me donne rendez-vous, le 23 mars pour revoir le malade; je lui montre les deux cas de Galli de 1925 qui ressemblent tellement au nôtre. Il s'agit du frère et de la sœur ; le premier, cinq jours après l'éruption de la varicelle, demande à se lever, mais il ne peut se tenir debout, il vomit, il chancelle. Il est calme avec 38 degrés. Quand il s'assied, le tronc vacille ; debout, vertigineux, il écarte les jambes, s'accroche aux meubles pour ne pas tomber : nystagmus passager. Quinze jours après, il est tout à fait guéri.

Sa sœur a la varicelle aussi, en même temps ; le lendemain de la maladie du garçon, elle titube, elle tombe ; l'éruption est encore présente à ce moment. Cela guérit comme chez le frère. Aucune séquelle dans ces deux cas ; ils sont présentés par l'auteur comme encéphalite varicellique.

Ces cas m'avaient frappé, car exceptionnels, et, au début de 1928, les faits étaient bien peu connus. Je dis aux parents que l'enfant guérirait sans traces ; c'était m'avancer, mais les cas susdits m'invitaient à l'optimisme. On me demande si la sœur n'aurait rien à son tour. Les jours suivants laissèrent celle-ci sans nul accident et amenèrent la complète guérison de son frère.

Depuis, on a repris cette question, car de nouveaux cas cliniques ont surgi, mais il n'est pas trop tard pour signaler le mien. Je le complète en indiquant que, dans la thèse de Crépin où il vient d'être récemment publié, on lit que la ponction a donné un liquide normal sans tension, que le fond d'œil était normal ainsi que les oreilles, qu'il n'y avait pas de signe de Babinski, tous réflexes étant normaux.

La thèse de Pruvost, parue en 1926, avait donné une traduction des cas de Galli. Depuis, on a pu lire le cas de Rendu, celui de Bertoye et Garcin, celui de Babonneix, celui de Cornil et Kissel cette année même (*Revue neurologique,* février 1930). Après l'encéphalite vaccinale et après la liaison zona-varicelle, cela porte à réfléchir. Il s'agit d'une ataxie aiguë, on l'a vu, et très certainement d'une cérébellite : guérison presque partout, mais pas toujours.

La varicelle fait bien autre chose : des névrites, des myélites, des méningites, des encéphalites graves à forme paralytique. Elle les produit elle-même, ou bien elle favorise des infections secondaires, ou bien elle réveille une autre encépha-

lite latente. Tout cela est possible, mais pour la forme cérébelleuse, si fugace, si identique à elle-même, si curable et sans séquelles, la clinique nous la fait mettre au compte de la varicelle même et de son virus propre.

Ce sont des enfants qui, à la fin d'une varicelle bénigne, ont tout à coup du vertige, des vomissements, une intense titubation avec chutes, souvent les bras sont ataxiques.

En deux semaines environ, tout disparaît.

C'est dans le cas de Rendu, une enfant de dix ans avec varicelle discrète qui, dans un état de torpeur, ne peut plus, non seulement se tenir debout, mais même s'asseoir seule dans son lit. On fait le diagnostic d'abcès du cervelet, l'enfant ayant un écoulement d'oreilles persistant. On va opérer, lorsque tout rentre dans l'ordre : cérébellite de la varicelle.

C'est dans le cas de Bertoye, un enfant de trois ans : la varicelle en est à la dessication. Il devient ataxique, avec des pulsions en avant et en arrière, tremblement de tout le corps quand on le maintient. Du 14 mai au 4 juin, en vingt jours, tous les symptômes ont disparu.

Chez Glanzmann, enfant de 4 ans, à ébriété varicelleuse ; comme chez Cornil et Kissel où un enfant du même âge vomit sans fièvre, tremble du bras droit, ne peut prendre ses jouets, titube et tombe facilement, huit jours après le début d'une varicelle : hémisyndrome cérébelleux droit, puis gauche, ébauche de nystagmus, parole scandée, dysmétrie, adiadococinésie, latéropulsion : guérison rapide et sans suites.

Dans la discussion actuelle sur la nature de pareils états, les auteurs qui ont vu des formes plus graves que celles dont nous parlons, pensent, que, peut-être, il s'agirait d'un réveil, par la varicelle, d'une infection telle que l'encéphalite épidémique. Certainement, dans le cas de Babonneix où existent convulsions, hémiplégie, agitation, mouvements choréïques ensuite, strabisme, etc..., là on comprend que la gravité fasse croire à l'action d'un virus plus fort ; certainement, dans le cas de Crouzon avec quaduplégie, troubles sphinctériens, syndrome bulbaire fruste, réflexes abolis, très longue durée et séquelles, on se dit que le tableau est bien noir, et que peut-être il s'agit d'une infection latente, à virus neurotrope, réveillée par la varicelle. Alajouanine répondra que nos connaissances sur les virus neurotropes sont encore très frustes et toute interprétation hypothétique. Mais dans les formes ataxiques simples, où l'enfant n'a rien avant et n'a

plus rien après, pourquoi refuserait-on au virus de la varicelle, qui touche le névraxe inférieur dans le zona, de toucher le névraxe supérieur comme le fait la vaccine, affection si voisine. On voit la rougeole, la rubéole même donner des encéphalites, on a plus de cent cas d'encéphalite vaccinale ; pourquoi penser que ces affections se contentent toujours d'aviver une autre maladie sommeillant dans le cerveau ou le cervelet. La vaccine ne pourrait-elle agir par elle-même ? Je ne veux pas parler ici en général de la grande question des ectodermoses neurotropes. Mais qu'on lise le plus récent travail sur l'encéphalite vaccinale, celui de Hinrichs (de Hanovre), paru le 10 juillet 1930 dans le « Centralblatt de Ziegler », et on jugera des raisons anatomo-pathologiques et biologiques qui mènent au rôle de la vaccine elle-même dans la détermination de l'encéphalite. La varicelle, dit Cornil, est spécifiquement incriminée par les auteurs qui ont observé des complications nerveuses remarquablement bénignes ; c'est vrai, et nous pensons comme eux pour notre cas personnel. La clinique isole tellement, dans la varicelle, une forme ataxo-cérébelleuse, qu'elle mène l'observateur à la conception d'une cause identique amenant à elle seule des effets identiques ; c'est pour parler en faveur de la spécificité que nous avons produit la présente observation.

Hekman (de Rotterdam) invoque, pour les encéphalites post-vaccinales, l'intervention du virus vaccinal ; il injecte, avec de très beaux résultats, le sérum de sujets récemment vaccinés avec succès. Le vaccin jennerien, pense-t-il, posséderait actuellement un pouvoir pathogène plus marqué que jadis ; si cela peut se soutenir pour le vaccin, pourquoi pas pour la varicelle, et, si des complications nerveuses se représentaient à moi avec une plus haute gravité, j'injecterais certainement du sérum de varicelleux récents.

Discussion

M. P. Vervaeck (de Bruxelles) a observé un cas analogue qu'il a rapporté à la séance de juin dernier de la Société de Neurologie belge.

Un cas de méningite séreuse posant le problème du diagnostic différentiel avec les tumeurs cérébrales

Par MM. Fribourg-Blanc, Gauthier et Masquin
(du Val-de-Grâce, Paris)

Le syndrome d'hypertension intra-cranienne habituellement observé au cours des tumeurs cérébrales avec le cortège habituel de ses manifestations céphaliques douloureuses et oculaires, a été décrit avec le même ensemble de symptômes au cours des méningites séreuses.

Chez les malades atteints de cette dernière affection, le diagnostic de tumeur cérébrale est fréquemment porté, quoique les signes différentiels mis au point par divers auteurs français et étrangers, en particulier par Claude et Lamache, soient des éléments précieux d'identification.

Les travaux de Claude et de ses collaborateurs ont en effet apporté des précisions dans la symptomatologie de cette variété d'hypertension intra-cranienne, en soulignant particulièrement les chiffres considérables de la tension rachidienne qui peuvent dépasser 100 au manomètre de Claude, et la valeur élevée du coefficient d'Ayala. Ils ont insisté aussi sur une lymphocytose presque nulle, un taux d'albumine évoluant de 0,30 à 0,50, avec absence de globuline, et sur le caractère négatif de toutes réactions de fixation. Ils signalèrent enfin une glycorachie élevée dépassant 1 gramme.

Dans la symptomatologie des tumeurs cérébrales, on trouve, au contraire, des caractéristiques liquidiennes opposées, un coefficient d'Ayala bas, une réaction cytologique modérée, un taux d'albumine élevé.

Si, dans la généralité des cas, on vérifie le bien-fondé des données précédentes, il arrive parfois que des méningites séreuses se présentent avec le tableau liquidien des tumeurs cérébrales, qui peut alors conduire à une erreur de diagnostic.

Nous voudrions, aujourd'hui, rapporter l'observation d'un

malade de cette catégorie, pour lequel fut porté, pendant la vie, le diagnostic de « tumeur cérébrale » sur la foi des constatations humorales et de l'évolution clinique.

Le soldat M... était entré dans un hôpital de la banlieue de Paris, le 27 juin 1928, pour céphalées persistantes, sans signes cliniques de méningite. Il raconta alors qu'il souffrait violemment de la tête depuis un mois et demi environ ; il faisait remonter l'origine de ses troubles à une vaccination anti-typhique. Il avait néanmoins continué son service, malgré l'existence de vomissements, assez fréquents, s'accompagnant parfois de vertiges avec tendance à la chute. Mais, sauf une diplopie transitoire qu'il avait remarquée le 20 juin au cours d'une revue (dédoublement de son fusil), il n'avait présenté aucun trouble de la vue.

Au moment de son arrivée à l'hôpital, le 27 juin, le malade aurait eu de gros troubles de la marche avec titubation, vertiges, sensation de mouvements giratoires des objets et impression de chute imminente. La céphalée était constante à siège fronto-temporal.

L'examen du fond d'œil pratiqué à ce moment avait montré un engorgement vasculaire à droite avec des contours papillaires nets, — à gauche, un œdème papillaire indiscutable. La ponction lombaire pratiquée à diverses reprises procurait, chaque fois, un soulagement passager.

Mais la persistance des signes cliniques ayant fait porter au médecin qui l'observait le diagnostic de « tumeur cérébrale », ce malade fut évacué, le 13 juillet, sur le service de la Neurologie du Val-de-Grâce, où nous avons pu l'examiner.

Dans ses antécédents personnels, on ne trouvait ni tuberculose, ni syphilis. Il n'avait jamais été malade, sauf à l'occasion d'un accident en 1926. Il avait fait une chute en arrière d'une hauteur de 4 mètres, avec choc cranien, sans perte de connaissance, mais avec céphalée frontale fixe, qui avait persisté une quinzaine de jours. Il était marié, sa femme était bien portante, sans enfant, ni fausse-couche. Il avait encore ses parents, son père était atteint de bronchite chronique, sa mère était en bonne santé, il avait 7 frères et sœurs en bonne santé.

Au moment où nous l'avons examiné, il se plaignait surtout d'une céphalée occipitale violente, et n'accusait plus aucun des troubles oculaires ou vertigineux qu'il avait signalés auparavant.

La station debout pouvait être facilement maintenue, mais il existait un Romberg sensibilisé avec tendance à la chute à gauche. La marche s'effectuait bien, mais avec légère déviation à gauche, sans titubation, ni hésitation au demi-tour.

La force et la motilité étaient entièrement conservées aux quatre membres. Les réflexes rotuliens et adducteurs étaient un peu faibles, mais égaux des deux côtés. Les réflexes achilléens étaient conservés. Il en était de même de tous les réflexes des membres supérieurs.

Les réflexes cutanés plantaires se faisaient en flexion des deux côtés ; les cutanés abdominaux et les crémastériens étaient conservés.

La sensibilité était intacte à tous les modes. Il n'y avait pas d'incoordination et la recherche particulièrement attentive des signes cérébelleux resta négative.

Dans la sphère des nerfs craniens, on constatait que le sujet lisait difficilement, et qu'il ne distinguait même pas nettement les numéros des lits perceptibles à distance pour un sujet normal. L'examen du fond d'œil révélait un œdème papillaire prédominant à gauche. Les réflexes à la lumière et à l'accommodation persistaient, toujours intacts.

La motilité oculaire était normale. Toutes les autres paires craniennes présentaient une intégrité complète, sauf peut-être la 8e paire, car on pouvait noter un peu d'hypoacousie droite.

L'examen somatique ne révélait rien de particulier, mais la ponction lombaire, effectuée en position assise, montrait une hypertension à 90 avant tout prélèvement, persistante à 30 (au manomètre de Claude), après prélèvement de 15 cm^3. Le coefficient d'Ayala était de 5.

Il y avait 1 gr. 28 d'albumine, 0 gr. 15 de sucre, 13 lymphocytes au mm^3 à la cellule de Nageotte, une réaction de Wassermann négative et un benjoin de type normal. L'examen bactériologique du liquide fut négatif, le bacille de Koch en particulier ne fut pas décelé, malgré plusieurs examens.

La ponction lombaire avait apporté au malade le soulagement qu'elle lui avait déjà procuré antérieurement, mais cette sensation avait été de courte durée et, dans les jours suivants, l'exacerbation des maux de tête, rendant le sommeil impossible, la réapparition de quelques troubles vertigineux et la baisse de la vision avaient fait envisager l'éventualité d'une trépanation décompressive.

Elle fut pratiquée à droite le 20 juillet par le professeur

agrégé Lacaze, avec utilisation du procédé de Cushing, ouverture dure-mérienne et drainage dans le tissu cellulaire sous-jacent.

L'amélioration obtenue avait été considérable, mais elle ne fut que transitoire et dut être suivie d'une deuxième intervention à gauche le 9 août, avec le même résultat transitoire.

La reprise des accidents amena le chirurgien à pratiquer le 18 août un large volet de décompression à droite. Mais malgré cette large intervention, l'état du malade continua à s'aggraver et il succomba le 4 septembre.

Le diagnostic porté avait été celui de syndrome d'hypertension intra-cranienne symptomatique d'une tumeur cérébrale, dont le siège était resté indéterminé, les accidents vertigineux observés nous ayant paru rattachables à l'hypertension seule.

L'autopsie minutieuse qui fut pratiquée par le professeur Lacaze ne permit pas de trouver trace de tumeur cérébrale. On constata seulement une dilatation très accentuée des ventricules latéraux, avec un aspect un peu lactescent des méninges.

On ne put malheureusement pratiquer des examens histologiques de l'épendyme et de ses dépendances.

L'étiologie de ce syndrome restait difficile à préciser. La cause infectieuse paraissait peu vraisemblable, aucun élément de cette histoire ne pouvant permettre de s'y rattacher. Etait-il possible d'incriminer la vaccination anti-typhoïdique, que le malade invoquait comme point de départ de sa maladie ? On a signalé des méningites séreuses avec hyper-production liquidienne dues à des irritations toxiques des plexus choroïdes, peut-être le vaccin T. A. B. avait-il pu agir dans ce sens, chez un sujet particulièrement sensible. Nous en formulons seulement l'hypothèse.

Le traumatisme cranien a été également signalé par Claude et Lamache comme une cause fréquente de méningite séreuse, mais les accidents d'hypertension cranienne suivent généralement l'accident à courte échéance, et il nous paraît anormal de rattacher l'affection de M... au traumatisme cranien léger de 1926.

Mais, à notre avis, l'intérêt de cette observation résidait surtout dans la difficulté du diagnostic et l'erreur à laquelle il donna lieu.

Tout, en effet, chez ce malade, aiguillait vers le diagnostic

de tumeur cérébrale. Le liquide céphalo-rachidien, en particulier, présentait la lymphocytose modérée qu'il est habituel de rencontrer dans ces cas. Il y avait une albuminose élevée 1 gr. 28 et une dissociation albumino-cytologique très nette. Le décalage de 60 cm^3 entre les tensions avant et après prélèvement était bien également d'ordre tumoral. Le coefficient d'Ayala à 5 ne se présentait pas non plus avec les caractéristiques du coefficient élevé des méningites séreuses.

Rien cependant au cours de la vérification anatomique n'a permis de conserver le diagnostic de syndrome hypertensif d'origine tumorale. Il s'était agi d'une hypertension intracranienne, symptomatique d'une hyperproduction de liquide rachidien, probablement rattachable à un processus de méningite séreuse, mais dont les caractéristiques liquidiennes nous ont paru sortir du cadre classique.

On peut également remarquer l'évolution rapidement fatale d'un processus qui ne fut jamais que temporairement arrêté dans sa marche par tous les procédés de décompression mis en œuvre, contrairement à ce qu'il est également classique d'observer.

Pseudo-tumeurs des méninges d'origine hématique

Par le Dr Georges Kapsalas (d'Athènes)

On trouve parfois, soit au niveau des méninges craniennes, soit au niveau des méninges du rachis, des tumeurs dont l'examen histologique ne donne pas les images habituelles des méningiomes, et dont l'origine reste très obscure. Dans un travail publié avec M. Puig (*Journal de Médecine de Lyon*, 1930), M. Bériel avait émis l'hypothèse qu'un certain nombre de ces formations pouvait être en réalité, non pas des tumeurs, mais des productions formant tumeur, développées par organisation d'un caillot sanguin. Il rapportait une observation absolument démonstrative. Le cas que nous donnons ci-dessous nous paraît devoir être versé à ce débat à titre documentaire. Il s'agissait d'un homme ayant présenté des signes de tumeur méningée, qui fut opéré. Le néoplasme enlevé donna l'apparence grossière d'une tumeur des méninges, mais l'examen histologique montra une structure totalement différente et pouvait faire penser à une formation d'origine sanguine. Certes, dans ce cas, nous n'avons pas la preuve qu'il y avait eu un épanchement sanguin, comme dans le cas de MM. Bériel et Puig, où la filiation avec un traumatisme avait été évidente. Le cas peut être l'objet de discussions ; il n'y avait pas eu de traumatisme connu, à l'origine, et notre opinion est seulement basée sur les conclusions de l'examen microscopique. Nous pensons toutefois que cette question est assez importante au point de vue pratique, pour que le cas mérite d'être publié, car nous désirons attirer l'attention des chercheurs sur ce point et si notre communication n'aboutit qu'à cela, elle nous paraîtrait de ce chef suffisamment justifiée.

Observation. — B... Jules, 55 ans, horticulteur, entre dans le Service hospitalier de Neurologie de Lyon (Dr Bériel), le 10 septembre 1929, pour des crises d'épilepsie à type Bravais-Jacksonien (R. A., 784).

Dans ses antécédents héréditaires, on ne relève rien de particu-

lier, sa mère est morte d'un cancer à l'estomac, son père est mort tuberculeux. Dans ses antécédents personnels, on note qu'il est marié, que sa femme est en bonne santé et qu'il a deux enfants. Il nie la syphilis et l'alcoolisme.

Histoire de l'affection actuelle. — Début : remonte à un an, révélé par une légère maladresse au niveau des doigts à droite. Il s'en aperçoit à la chasse (il ne pouvait plus presser la gâchette).

Le 15 juillet 1929, après un travail prolongé et pénible (il bêchait), il ressent des fourmillements plus marqués que d'habitude et il présente brusquement une crampe de la main droite, avec rétraction des doigts, crampe qui réalise le type de la « main d'accoucheur ». Il sent monter sa crampe, puis il perd connaissance. A ce moment-là, il présente de l'agitation des membres inférieurs.

Le 5 août, il a eu une nouvelle crise qui commence également par des fourmillements, mais dans la jambe droite. Ils durent d'ailleurs assez longtemps pour lui permettre de se coucher et de se dévêtir. La crise convulsive commence alors par le membre inférieur droit, gagne la face, puis, semble-t-il, tous les membres.

Depuis quelques jours, à ces signes d'excitation corticale se joignent des signes de déficit. Du côté du membre supérieur droit apparaît de la maladresse de la main, du côté de la parole une gêne nette de la prononciation avec de temps en temps des mots qui ne viennent pas.

Enfin, il semble bien qu'il y ait encore, mais avec discrétion d'ailleurs, un peu de somnolence, de fléchissement intellectuel, une diminution légère de la vision des deux yeux. Il n'y a pas de céphalées vraies.

Etat actuel : Le malade accuse de la torpeur et de la paresse intellectuelle. Il constate lui-même ses troubles de la parole. Il est très émotif, il pleure pendant l'examen. Il ne se plaint que de ces troubles moteurs du membre supérieur et d'un certain degré de « lourdeur » de tête.

A l'examen : Il n'y a pas de troubles nets de la marche, il traîne seulement un peu le pied droit. Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux des deux côtés ainsi que les crémastériens. Les cutanés plantaires sont en flexion. Il n'existe aucun trouble des sensibilités thermique et tactile. La sensibilité douloureuse présente peut-être une anomalie au niveau du bord externe du pied droit, le malade se trompant fréquemment lorsqu'on le pique à ce niveau. Il ne peut, les yeux fermés, mettre le talon gauche sur le genou droit. Au niveau du tronc, on note la conservation de la force musculaire. Le malade peut s'asseoir sans décoller. Les cutanés abdominaux sont normaux, il n'existe aucun trouble de la sensibilité.

Aux membres supérieurs, on constate que la force est très dimi-

nuée au niveau de la main droite. L'extension et la flexion complètes des doigts sont difficiles.

La sensibilité tactile diminue progressivement de la racine à la pulpe des doigts, principalement sur la face palmaire.

Le malade reconnaît difficilement ou ne reconnaît pas les objets usuels qu'on lui met dans la main : pièce de monnaie, clef, petite boîte, etc... Les réflexes tendineux (radial et cubital) sont normaux. Tous les muscles en dehors de ceux de la main fonctionnent normalement.

Il existe une maladresse évidente de la main : elle plane avant de saisir un objet, elle prend un type adiadococinétique dans les mouvements de marionnettes.

Il n'y a rien à signaler à la face, si ce n'est l'existence de secousses nystagmiformes dans le regard extrême à gauche.

Examen du fond d'œil. — Les papilles sont un peu trop nettes avec des vaisseaux trop dilatés.

Le 11 septembre, la ponction lombaire donne les résultats suivants :

Tension : 20.
Queckenstedt : libre dans les deux sens.
Cytologie : trois lymphocytes.
Albumine : 0,70 gr.
Bordet-Wassermann : négatif.

Le 14 septembre, en présence de ces résultats, on arrive au diagnostic d'épilepsie Bravais-Jacksonnienne symptomatique d'une tumeur. On décide une intervention, mais le malade demande à repartir quelques jours pour faire ses vendanges.

Le 5 octobre, il revient comme il était convenu pour se faire opérer. Il n'a pas repris de crises, mais il absorbe tous les jours trois comprimés de Sédobrol. Il a eu un traitement d'épreuve : sept injections de Muthanol.

On note une aggravation nette. Le bras droit est de plus en plus faible. Il n'est pas évident que sa jambe droite soit plus lourde que la gauche. Le réflexe rotulien est un peu plus vif à droite. Il n'y a ni d'un côté ni de l'autre de signe de Babinski. Le signe du décollement n'existe pas. Les cutanés adbominaux sont vifs des deux côtés. L'anarthrie est nette : le malade déclare que parfois il ne trouve pas ses mots et qu'il dit un mot pour un autre. Il a la voix pâteuse.

Il n'y a pas des troubles de la sensibilité.

La main droite ne peut plus serrer ; on ne peut mesurer la force de ce côté. Les réflexes tendineux du membre supérieur sont normaux. La démarche est titubante.

Examen du fond d'œil : Les papilles sont très nettes, sans œdème, mais avec des vaisseaux peut-être un peu gros.

On fait passer le malade en chirurgie.

Le 10 octobre, *intervention* (Dr Desgouttes). On fait une trépanation décompressive assez large au niveau de la zone temporale gauche. Il y a rapidement une hémorragie assez importante par les orifices de la trépanation et par les éraillures de la dure-mère. L'hémostase étant très difficile, on renonce à inciser la dure-mère qui n'est pas tendue, mais qui ne bat pas. On suture sur deux mèches.

Le 16 octobre, intervention deuxième temps. On désunit l'ancienne cicatrice et on enlève le tamponnement. L'hémorragie durale subsiste. Néanmoins, la dure-mère est incisée en croix. On observe alors à la partie antérieure de la section osseuse une masse bourgeonnante sous pie-mérienne. La mobilisation de la tumeur libère peu à peu cette dernière et fait apparaître un plan de clivage possible. La tumeur s'énuclée facilement sans hémorragie abondante, laissant une cavité de la grosseur d'une grosse noix.

La situation de la tumeur apparaît alors comme étant en avant de la frontale ascendante, à la hauteur de la deuxième frontale.

On place une mèche dans la cavité de la tumeur et on rabat la dure-mère avec quelques points de rapprochement.

Suites opératoires très simples. Dans les jours qui suivent, la force musculaire revient dans la main droite. Deux semaines après, le malade peut se lever et marcher. Actuellement, il déploie au dynamomètre, avec la main droite, une force de 5 kilogrammes.

Description de la pièce opératoire. — Il s'agit d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, fibroconjonctive, très colloïde, développée aux dépens de la pie-mère, d'aspect framboisé, de consistance molle et sans adhérence aux plans profonds. Elle semblait avoir un pédicule qui la rattachait à la surface pie-mérienne.

Examen histologique de la tumeur (Laboratoire du Dr Bériel). — Dans l'ensemble, toutes les coupes montrent un stroma non fibrillaire, creusé de nombreuses lacunes.

1° Les lacunes sont toutes revêtues d'un endothélium, contiennent des globules rouges et n'ont pas de parois propres. Elles donnent à la tumeur un aspect vasculaire. Par endroits, elles sont extrêmement confluentes ; en ces points, les cavités sanguines, qui sont très irrégulières comme forme et comme volume, sont simplement séparées par des travées assez minces de sorte qu'à de très faibles grossissements, il se dessine un réseau en mailles irrégulières d'apparence spongieuse. En d'autres points, au contraire, les lacunes sont très

rares et des champs microscopiques entiers, même à de faibles grossissements, sont occupés uniquement par le stroma avec de rares fentes vasculaires.

2° Le stroma, sans aucune formation fibrillaire, est formé d'une substance qui prend fortement l'éosine ; il contient de nombreux noyaux de forme et de volume très variables ; les uns allongés (exceptionnellement même fusiformes), les autres arrondis. Quelques-uns même sont énormes, contenant une substance chromatique diffuse pulvérulente. On trouve, par places, particulièrement à la surface de la tumeur, des zones où les noyaux sont tous confluents, de petit volume, mais toujours de dimension irrégulière et de forme variable ; ces zones montrent une substance fondamentale qui prend mal le colorant, reste grisâtre et un peu granuleuse. Il semble qu'on soit là en présence de fibrine granuleuse en voie d'organisation. Ces points ne contiennent que de très rares lacunes sanguines. La surface de la tumeur est encapsulée par une lame fibreuse banale.

Nulle part, on ne trouve de formation rappelant la structure habituelle des tumeurs fibreuses ni du neurogliome. En somme, il s'agit d'une production télangiectasique dont le processus paraît se développer sur une substance fondamentale d'allure fibrineuse. Il est probable qu'il ne s'agit pas d'un néoplasme vrai, mais d'une production développée aux dépens d'un épanchement sanguin.

Tabès à évolution rapide

Par le Dr Georges Kapsalas (d'Athènes)

Dans la plupart des traités classiques, on voit que l'évolution du tabès se trouve décrite telle que Duchenne, de Boulogne, l'avait donnée en 1858 avec ses trois périodes préataxique, ataxique et terminale ou cachectique. Pourtant, Duchenne même et après lui Charcot, avait déjà remarqué « que la première période peut se développer irrégulièrement ou manquer en partie ou en totalité. La maladie n'en suit pas moins sa marche progressive ; alors les symptômes de la première période apparaissent tôt ou tard. Il est par conséquent impossible d'assigner à la maladie des périodes bien limitées ».

Il est vrai que la division, telle qu'elle a été faite par Duchenne, se voit dans un grand nombre de cas. Cela ne veut pas dire qu'il en soit toujours ainsi. Le mode du début de la maladie, son évolution et sa durée avec la prédominance de tel ou tel symptôme clinique ont fait que les différents auteurs décrivent diverses formes particulières. Aujourd'hui, on reconnaît qu'à côté du tabès classique avec son tableau complet et net existent des formes frustes avec un minimum de signes.

Nous ne voulons naturellement pas parler à nouveau de ces formes frustes qui ont été mille fois décrites, mais apporter seulement une indication documentaire sur les formes à évolution rapide.

En général, on considère l'évolution du tabès comme ayant une marche extrêmement lente. En effet, dans la plupart des cas, les divers symptômes arrivent au complet après une période de plusieurs années. Ainsi, pour la totalité presque des auteurs, la maladie est considérée comme une maladie chronique. On connaît la formule donnée, il y a déjà longtemps, par M. Pierre Marie, dans son livre, au chapitre intitulé : A quel âge meurent les tabétiques ?

Cet auteur, tout en faisant dépendre la durée totale de l'affection dans une certaine mesure de l'âge auquel elle

débute, arrive d'après une étude sur 66 tabétiques, à la conclusion que « le tabès, tout en constituant une infirmité des plus pénibles, reste sans grande influence sur la durée de la vie et un tabétique ne vit en somme guère moins vieux qu'un homme sain, puisqu'il a environ une chance sur deux d'atteindre et dépasser soixante ans ».

Cependant, les cas à évolution plus rapide sont connus. Pour ce qui est de ces cas évoluant dans un mode rapide avec une terminaison fatale dans les premières années, M. P. Marie pense que « pour un bon nombre d'entre eux, il ne s'agit pas à proprement parler de tabès vrai, mais de paralysie générale à forme tabétique prédominante, en un mot de tabo-paralysie générale à forme aiguë ou subaiguë ».

En tous cas, les faits d'évolution aiguë existent et certains comme le nôtre n'ont aucun symptôme paralytique. On ne paraît pas bien fixé sur la cause de cette accélération du décours de la maladie.

Théoriquement, on pourrait discuter une virulence particulière de l'agent pathogène, mais cela nous paraît peu probable parce que s'il en était ainsi tous les tabès rapides devaient être des tabès précoces ; or, dans tous les cas considérés comme ayant une marche rapide, l'apparition des premiers symptômes tabétiques se fait après un temps fort variable, parfois fort longtemps après le chancre et dans des syphilis qui n'ont donné aucun indice de virulence particulière.

Les conditions de traitement de la syphilis, ou le défaut de traitement, ne semblent pas exercer la moindre influence sur l'évolution plus ou moins rapide de la maladie médullaire.

Ainsi on a vu des cas de tabès aigu chez des sujets qui, dès leur premier accident syphilitique, avaient été vigoureusement traités. Inversement, des malades non traités ont présenté des tabès à lente évolution, c'est un fait bien connu. D'autre part, des sujets qui n'ont pas été traités ou chez qui la syphilis était méconnue, ont pu rester pendant de longues années sans aucun signe tabétique et brusquement, au bout de quelque temps, ont vu leur tabès se déclancher et suivre une évolution aiguë.

Nous ajouterons en passant que l'influence du traitement sur le tabès lui-même est variable. Bien souvent, dans les tabès aigus, le traitement reste impuissant et ne modifie en

rien l'allure de l'affection. La terminaison fatale survient après quelques mois ou quelques années, un à deux ans d'habitude.

Donc, nous ne pouvons pas croire à une virulence particulière du virus dans ces formes-là, parce que autrement on ne s'expliquerait pas comment un virus resté pendant 20 ans et parfois plus longtemps dans l'organisme en état d'atténuation, pourrait devenir tout d'un coup virulent et donner naissance à des lésions qui amèneraient la mort du malade en un temps si court.

Pour expliquer ces cas, on ne pourrait non plus attribuer une importance particulière au rôle du terrain individuel, en admettant que certains de ces malades sont nés avec une prédisposition particulière pour le tabès ou bien que certaines circonstances de la vie les prédisposent.

En ce qui concerne les autres causes déterminant du tabès, telles que le traumatisme, les antécédents névropathiques, les fatigues exagérées et prolongées, l'alcoolisme, etc... qui ont servi aux différents auteurs comme base de leur théorie pour expliquer la pathogénie de cette maladie, et qu'on retrouve parfois dans l'histoire de ces malades, nous pensons qu'elles ne peuvent jouer qu'un rôle secondaire sur l'évolution.

Il nous reste en dernier lieu à discuter : une association du tabès avec une nouvelle poussée d'inflammation spécifique sur la moelle.

L'observation que nous donnons ci-dessous est plutôt en faveur de cette manière de voir, et à cet égard elle nous a paru intéressante. La nouvelle poussée inflammatoire décelable dans notre cas ne réalisait pas cliniquement une myélite syphilitique, ce qui serait une question différente, mais elle avait accéléré le processus tabétique lui-même. Nous avouons d'ailleurs qu'elle ne nous apprend pas pourquoi certains malades font ces poussées aiguës et pas d'autres.

Observation. — Ch... Joseph, 42 ans, conducteur d'auto.

Il est entré dans le service de Neurologie des Hôpitaux de Lyon (Dr Bériel), le 12 décembre 1929.

Dans ses antécédents héréditaires on trouve : père mort de bronchopneumonie et mère morte de cancer de l'estomac. Un frère en bonne santé.

Marié à 20 ans, a 4 enfants bien portants. Sa femme est en bonne santé. A eu deux fausses couches. Il nie l'alcoolisme. Syphilis à 21 ans quand il faisait son service militaire. Il n'a eu aucun traitement spécifique.

L'affection actuelle a débuté, il y a *un an,* par de la faiblesse générale et quelques douleurs inconstantes. Le malade dit que depuis le mois de janvier 1929, il se trouve las, sans désirs génitaux et amaigri de 15-16 kilos. Les douleurs qu'il ressent surviennent tantôt dans les membres inférieurs, tantôt dans les membres supérieurs, elles sont très intenses, nécessitant parfois des cachets d'aspirine.

En février 1929, après une longue course dans la neige, le malade a vu double sans autre incident. Son médecin lui donne de la strychnine sans lui faire de traitement spécifique. Le malade ne pouvant pas tolérer le médicament interrompt le traitement et continue à perdre ses forces.

Son médecin lui prescrit un traitement par suppositoires Corbières (arséno-benzol) qui l'améliorent un peu.

Ainsi un sujet bien portant, capable de faire des exercices physiques prolongés, commence en janvier 1929 seulement à présenter quelques troubles sensitivo-moteurs encore légers dans les jambes, c'est-à-dire depuis à peine un an. En outre, depuis six mois, il sent son bras gauche engourdi avec des douleurs et constriction cardiaque.

Depuis 4 jours, ne travaille plus, mais déjà avant, il y a quelques mois qu'il ne travaillait plus qu'un jour sur deux.

A l'examen : Pâleur de la face avec maigreur. Tension, 22 sur 10. Le malade se plaint toujours de douleurs fulgurantes dans ses membres et surtout au bras gauche et à la région lombaire avec des accès douloureux rétrosternaux.

L'examen des réflexes montre une abolition de tous les réflexes tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Romberg douteux.

Signe d'Argyll bilatéral. L'examen des yeux montre une paralysie du droit interne gauche et des deux droits supérieurs avec un certain degré de ptosis.

Pas de troubles de la sensibilité ni trophiques.

Le malade présente des troubles urinaires (incontinence d'urine persistante depuis quatre jours).

Troubles ataxiques dans les épreuves classiques, mais on est frappé par le fait que ce malade chez lequel le diagnostic de tabès s'impose est aussi parétique qu'ataxique.

L'examen des poumons et du cœur n'a rien montré.

Examen radiographique des poumons, du cœur et de l'aorte, rien d'anormal.

Ponction lombaire : Tension = 17.
Queckenstedt = libre.
Albumine = 0,45 gr.
Lymphocytes = 2 par bandes.

B.-W. du sang = très positif. B.-W. du L. C.-R. = légèrement positif.

On fait une série de Néo Bi (2 bi et 1 néo par semaine) sans effet.

Ainsi le malade se présente comme un tabétique léger.

Renvoyé chez lui il s'y aggrave, fait des troubles spinctériens (incontinence des matières et rétention des urines) et il revient dans le service le 10 février 1930, où il y meurt au milieu d'une deuxième série de Muthanol, le 13 mars 1930.

On pratiqua l'autopsie qui a montré des plaques gélatiniformes sur l'aorte avec rétrécissement d'un orifice coronaire. Anciennes gommes du rein.

Examen histologique (laboratoire du Dr Bériel). — *Moelle :* On a fait un examen histologique de la moelle, d'abord pour vérifier les lésions du tabès, et en second lieu pour voir s'il n'y aurait pas des lésions particulières expliquant l'évolution aiguë. On a examiné des fragments de la moelle cervicale et de la moelle lombaire.

1° Sur les coupes traitées à l'hématoxyline, on trouve des lésions classiques de tabès, mais pas très intenses, et un peu plus diffuses que d'habitude, ce qui est évidemment en rapport avec la faible durée de la maladie.

Sur les coupes de la moelle lombaire, les cordons postérieurs sont diminués de volume, mais n'ont pas l'atrophie extrême que l'on voit dans les vieux tabès. La sclérose est très marquée dans toutes les parties postérieures et dans celles qui avoisinent le bord interne de la corne postérieure au niveau de la pénétration des fibres radiculaires. Dans toutes ces zones, cependant, l'hématoxyline imprègne encore un certain nombre de tubes conservés.

Dans les parties antérieures, surtout en arrière de la commissure, on trouve encore de la sclérose diffuse, mais avec conservation de la majorité des tubes nerveux.

En résumé, la sclérose n'a pas une systématisation absolue, et elle intéresse tous les cordons postérieurs, mais avec une intensité beaucoup plus grande au niveau des champs radiculaires. Sur les coupes de la région cervicale, on ne trouve pas une sclérose élective de cordons de Goll, comme dans certains tabès bien localisés, il y a aussi une sclérose assez diffuse de tous les cordons postérieurs, mais cette sclérose a cependant une intensité extrême qui prédomine sur le faisceau de Goll. A noter que les racines postérieures à ce niveau

sont extrêmement scléreuses avec une disparition de presque tous leurs tubes nerveux.

2° Sur les coupes traitées par des colorants nucléaires pour étudier l'état inflammatoire, on est frappé de l'existence d'un processus inflammatoire diffus. En beaucoup de points, les vaisseaux méningés sont entourés d'anneaux lymphocytaires compacts. Cette périvascularite pourrait être attribuée à des phénomènes infectieux terminaux. mais outre qu'elle est exclusivement lymphocytaire, elle s'accompagne des signes indiscutables d'un processus inflammatoire plus ancien : épaississement généralisé de la pie-mère avec infiltrat lymphocytaire diffus. Cet état de méningite chronique est aussi marqué en avant qu'en arrière ; en outre, dans l'intérieur du parenchyme, il y a de nombreuses petites étoiles scléreuses avec des cellules exsudées et même en un point un petit foyer microscopique de ramollissement. Les cellules radiculaires des cornes antérieures sont normales en nombre et en distribution, mais beaucoup présentent de la chromatolyse.

Ce qui est dit ci-dessus, a trait à la région lombaire. Dans la région cervicale on retrouve le même processus de méningomyélite subaiguë, mais il y a là une intensité particulière de l'inflammation dans les parties postérieures. Périvascularite très apparente dans les cornes postérieures avec infiltration cellulaire intense de leurs racines. En outre, en certains points, il semble bien exister de l'atrophie de certains groupes radiculaires des cornes antérieures.

En somme, on pourrait, sur les coupes, faire le diagnostic de méningomyélite syphilitique diffuse à tendance scléreuse si la prédominance de la sclérose n'était pas nettement de l'ordre du tabès.

Il s'agit certainement d'un tabès ordinaire qui a évolué plus rapidement par adjonction d'un processus subaigu rappelant la syphilis médullaire diffuse.

Bibliographie

1. Conos. — La syphilis nerveuse à Constantinople. La soi-disant syphilis à virus nerveux. La prédisposition familiale et individuelle. — *Encéphale,* Paris, 1927. P. 726-730.

2. Cros. — Etude sur la marche, la durée, la terminaison et le traitement de l'ataxie progressive. — *Ann. d'Hydr. médic.*, Paris, 1901, VI, p. 79-94.

3. Davilla. — Contribution à l'étude des ataxies aiguës. *Policlinico sezione medica.* Avril 1929. P. 195-210.

4. Decourt. — Contribution à l'étude des ataxies aiguës. *Thèse*, Paris, 1927.

5. Dejerine. — *Semiologie des affections du système nerveux*, 1 vol., Paris, 1926.

6. Dejerine et Thomas. — *Traité de Médecine* (Brouardel et Gilbert), 1909. Maladies de la moelle épinière.

7. Dumolard et Guisoin. — Un cas de myélite aiguë disséminée. *R. Neur.*, 1922. T. II. P. 1.021.

8. Faure. — Pathogénie, pronostic et thérapeuthique du tabès (d'après 1.960 observations). *Rev. de Méd.*, Paris, 1903, XXIII, P. 663-676.

9. Foix et Lagrange. — Les poussées évolutives du tabès. *Bul. méd.*, p. 375. T. I, 1924.

10. Marie (Pierre). — *Travaux et mémoires*, II série, Paris, 1926.

11. Mayand (André-Joseph). — Tabès et traumatisme. Etude pathogénique et médicolégale. *Thèse*, Paris, 1911-1912.

12. Merklen. — Le tabès. Orientation actuelle de la question. *Trib. médic.*, Paris, 1913. P. 97-109.

13. Serge Mikhailoff. — Prédisposition au tabès. *R. Neurol.*, 1921, p. 477-479.

14. Van Bogaert. — Les ataxies aiguës tabétiques à terminaison bulbaire rapide. *Journal de Neurol. et de Psychiatrie*, 1929, N° 2, p. 81-90.

15. Vernant. — Traumatisme et syphilis nerveuse. *Thèse*, Paris, 1922.

Nouvelle contribution anatomo-clinique à la connaissance du parkinsonisme encéphalitique

Par le Prof. A. Donaggio (de Modène)

Dans la première partie de sa communication, M. Donaggio rappelle qu'il a démontré que s'il y a des cas de parkinsonisme qui se développent en coïncidence de l'attaque aiguë d'encéphalite épidémique ou à une très courte distance de cette attaque (formes immédiates), et des cas qui se développent après un certain temps suivant l'attaque aiguë (formes tardives), il y a des cas qui se développent à une très grande distance de l'attaque aiguë d'encéphalite : il a proposé de donner à ces cas la dénomination de *formes très tardives* (Congrès de Neurologie de Turin, avril 1926 ; Congrès des aliénistes et neurologistes de Genève, août 1926). Il a établi que les caractères qui différencient les formes immédiates et tardives du parkinsonisme de la maladie de Parkinson sont profondément réduites dans la forme très tardive, au point que dans la majorité des cas on ne retrouve pas des différences appréciables. Aux premières observations des formes très tardives, dans lesquelles l'éclosion du parkinsonisme avait eu lieu cinq années après l'attaque aiguë d'encéphalite, il a ajouté d'autres observations dans lesquelles l'espace était de sept années. M. Donaggio, à présent, donne communication d'autres observations qui démontrent qu'il y a beaucoup plus d'extension à la possibilité de l'éclosion de la forme très tardive : il a précisé l'existence de cas dans lesquels l'espace entre l'attaque aiguë de l'encéphalite et l'éclosion du parkinsonisme est de dix années. Même dans ces observations l'on constate la présence des caractères divers qui peuvent conduire à la division proposée par l'auteur en trois groupes : 1°) cas à espace vide, avec discontinuité morbide complète, c'est-à-dire de guérison apparente avant l'éclosion du parkinsonisme ; 2°) cas avec discontinuité morbide partielle, avec des épisodes encéphalitiques interposés dans l'espace ; 3°) cas

avec continuité morbide, c'est-à-dire avec des phénomènes ininterrompus encéphalitiques — par exemple, la neurasthénie encéphalitique — pendant l'espace entre l'attaque aiguë de l'encéphalite et l'éclosion du parkinsonisme. Il rappelle que, tout récemment, Lukina Detcheréwa et Spiegler sont arrivés à des conclusions semblables. A la suite de ses observations et au point de vue pronostique, M. Donaggio considère les statistiques sur l'éclosion du parkinsonisme comme inférieures à la réalité.

Dans la deuxième partie de sa communication, M. Donaggio donne relation de deux cas de parkinsonisme à forme très tardive examinés aussi anatomiquement. Le premier cas appartient au premier groupe, à espace vide entre l'attaque aiguë et l'éclosion du parkinsonisme. Des recherches exécutées par l'auteurs avec ses méthodes et avec d'autres méthodes, résulte la présence de lésions bien évidentes dans le *locus niger* et dans l'*écorce cérébrale*. Les régions de l'écorce qui présentent ces lésions sont les régions frontale et temporale. L'écorce frontale est beaucoup plus lésée que l'écorce temporale, ce qui coïncide avec les résultats de l'examen macroscopique, parce que déjà à l'examen microscopique était évidente l'atrophie de l'écorce frontale. Dans le deuxième cas, la lésion du *locus niger* était moins évidente, tandis que l'écorce frontale était nettement lésée.

Dans le premier cas, le réseau neurofibrillaire décrit par l'auteur dans la cellule nerveuse présentait dans l'écorce frontale les caractères de la conglutination : ce phénomène n'était pas diffus, on le rencontrait surtout dans la troisième couche. Les ganglions de la base ne présentaient pas des lésions remarquables dans aucun des deux cas. Ces résultats s'ajoutent aux précédents résultats qui ont permis à M. Donaggio de formuler sa *doctrine cortico-nigrique* en 1923, et à constater que les faits d'observation ne sont pas d'accord avec la doctrine qui limite aux ganglions de la base la valeur de centre de la motilité extra-pyramidale, et s'ajoutent de même aux autres résultats qu'il a rapportés au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles (1924) et de Paris (1925).

L'auteur rappelle que sa doctrine sur l'importance de l'écorce cérébrale dans la motilité extrapyramidale a trouvé confirmation dans les recherches successives de De Lisi et Businco, de G. Agostini, de Rostan, de L. d'Antona, de Jakob et Montanaro, de Tramontano. Bertrand et Chorobski ont

trouvé récemment que dans tous les six cas de parkinsonisme examinés l'écorce était lésée. Tout récemment, Fattovich a communiqué une observation anatomo-clinique qui confirme la doctrine cortico-nigrique. La valeur des ganglions de la base comme centre de la fonction motrice extra-pyramidale est mise en doute aussi par les résultats négatifs (cas de lésion des ganglions de la base sans phénomènes extrapyramidaux (Vincent, Cardillo, Fritz, Urechia et Mihalescu, Léwy). Tout récemment Niessl von Mayendorf a affirmé que les ganglions de la base n'ont aucun rapport avec la motilité extrapyramidale. En rappelant sa doctrine sur l'importance de l'écorce cérébrale dans la fonction motrice extrapyramidale, M. Donaggio confirme sa conception sur la valeur prééminente de l'écorce frontale (circonvolutions préfrontales, et circonvolution frontale ascendante), à laquelle il attribue ainsi une double fonction, pyramidale et extrapyramidale.

Discussion

M. Ingelrans (de Lille) confirme l'existence de formes ultra-tardives du parkinsonisme encéphalitique. Les expertises militaires lui ont donné l'occasion de voir d'anciens soldats dans les antécédents desquels avaient été notés des troubles encéphalitiques. Un examen attentif fait plusieurs années après, n'a pas montré de signes de la série parkinsonienne. Un nouvel examen pratiqué après plusieurs nouvelles années a permis enfin de déceler des syndromes de Parkinson plus ou moins complets. Ces cas sont donc des cas avec espace libre considérable.

M. Calmettes (de Naugeat-Limoges), a observé des faits analogues.

Recherches sur la Glande pinéale [1]

Par MM. les Docteurs D. et R. Anglade

(de Château-Picon et Breuty-la-Couronne)

L'un de nous poursuit, depuis 25 ans, avec divers collaborateurs, des recherches sur cet organe mystérieux qu'est la glande pinéale. Avant de les entreprendre, il se trouvait en face de deux opinions : l'une classique, qui règne encore dans les traités d'anatomie du cerveau, à savoir : la pinéale est le vestige dégénéré d'un organe visuel, c'est l'œil pinéal dont les formations calcaires représentent les débris d'un cristallin. L'autre opinion, celle de Ramon y Cajal, réhabilite l'organe et le situe au rang d'une glande vasculaire sanguine pourvue de tous ses attributs : cellules sécrétantes, vaisseaux abondants, filets sympathiques, etc...

Dans une première étape d'investigations, il fut établi, à l'aide de l'anatomie comparée et des examens directs, que la doctrine de l'œil pinéal devait être abandonnée. Il s'agissait bien d'une structure glandulaire avec cette particularité remarquable que la névroglie colorée par des méthodes appropriées s'y révélait très abondante, nettement prédominante, irrégulièrement distribuée, tantôt discrètement fibrillaire, tantôt souvent condensée sous forme de plaques à réseau très serré de fibrilles pelotonnées au sein desquelles les formations cellulaires ou nucléaires étaient rares ou absentes. Mais l'existence de zones à fibrilles rares avec cellules à protoplasma et mitochondries, noyaux clairs, laissait subsister dans l'esprit la possibilité pour ces cellules d'être les éléments propres à la glande.

Par la suite, nous avons multiplié les vérifications, varié les procédés de coloration. Nous nous sommes appliqués surtout à suivre le développement de la glande pinéale, ses arrêts,

---

(1) Les préparations histologiques sur lesquelles s'appuie ce travail ont été mises sous les yeux des aliénistes et neurologistes réunis à Lille, juillet 1930.

ses régressions, tant dans l'ordre phylogénique que dans la série ontogénique. Nous avons opéré sur un matériel considérable récolté un peu partout, dans les maternités, les abattoirs, les établissements zoologiques, etc...

La méthode de coloration qui nous a donné les images les plus nettes et les plus complètes, notamment chez le mouton et le taureau de corrida, est celle-ci dans ses grandes lignes : fixation comme pour la névroglie (méthode d'Anglade). Coloration avec un mélange, à parties égales, de Bleu Victoria et de Brun Bismark, Gram, double coloration au rouge trypan picriqué. Les fibrilles névrogliques, les noyaux, le tissu élastique offrent une teinte bleu-violet, les protoplasmes cellulaires une teinte brune. Les vaisseaux, sauf leurs fibres élastiques, le tissu conjonctif se dessinent en rouge vif. Les sélections sont parfaites, la lecture des préparations est aisée. Voici l'interprétation qu'elle nous a suggérée :

La glande pinéale est totalement dépourvue de cellules et de fibres nerveuses. Sur ce premier point, d'ailleurs, tous les observateurs sont bien près de tomber d'accord. Dans un travail très important, nourri de constatations précises, de réflexions judicieuses et qui aboutit à des conclusions prudentes, del Rio Hortega est affirmatif quant à l'absence d'éléments nerveux dans l'épiphyse (1). Le savant histologique espagnol admet, par contre, l'existence dans les lobules de cet organe de cellules « parenchymateuses ou spécifiques » que nous admettions nous-même jusqu'à présent.

Le but de cette publication est de signaler que nos récentes investigations nous ont conduit à une interprétation différente.

Il nous paraît, à l'heure actuelle, que les cellules sur lesquelles nous avions fait autrefois des réserves quant à leur identification, que nous inclinions à considérer comme des cellules spécifiquement glandulaires sont en réalité des cellules de la série névroglique. Leurs noyaux, les masses protoplasmiques qui les environnent n'offrent rien qui les distingue de la névroglie authentique, notamment de celle que l'on rencontre dans les processus gliomateux. Noyaux clairs avec masses chromatiques, agglomérés sous forme de deux ou trois nucléoles irrégulièrement situés, un nucléole central

---

(1) Constitucion histologica de la glandula pineal. *Archivos de Neurobiologia*, onero Marzo 1929, Tome IX, N° 1, page 27.

étant l'exception. Noyaux uniques ou souvent multiples. Protoplasma sensible à l'acide osmique admettant le ou les noyaux en position excentrique, dépourvus de membrane limitante. Voilà bien les caractères d'une cellule névroglique. Il y manquait celui d'être un centre de réflexion de fibrilles prenant la même couleur que le noyau, fibrilles déliées passant à travers le protoplasma sans contracter avec lui aucun lien apparent. A vrai dire, ce caractère manque ou est fort peu apparent dans les gliomes à prédominance cellulaire et très peu fibrillaires. Il résulte de nos recherches que, dans la glande pinéale, tout comme dans les gliomes cellulaires d'ailleurs, des examens attentifs avec des colorations très poussées sur des pièces bien fixées, mettent en évidence ce réseau fibrillaire, et c'est là ce qui a levé tous nos doutes, ce qui nous fait dire aujourd'hui : l'épiphyse ne contient pas de variétés cellulaires autres que celles de la névroglie.

Pour qu'un observateur tel que del Rio Hortega ait eu une opinion contraire, il fallait qu'il eut de sérieux arguments qui méritent d'être discutés. Passons-les en revue.

S'appuyant sur des constatations faites à l'aide de colorations au nitrate et carbonate d'argent, del Rio Hortega a distingué des éléments qu'il qualifie de parenchymateux bien que les images reproduites dans son travail ne soient pas absolument convaincantes (fig. 3).

Ces cellules, dit l'auteur, « se distinguent par leur forme « étoilée, avec prolongements flexueux abondants, à peine « dichotomisés, qui se terminent sur les adventices vascu- « laires sans y prendre insertion ; par l'inaptitude de leur « protoplasma à se colorer par les méthodes électives pour la « névroglie ». Ces caractères distinctifs ne sont pas décisifs et del Rio Hortega le reconnaît pour « l'incolorabilité du « protoplasma. Nous pensons qu'il n'est pas rare de voir des « cellules névrogliques sous l'aspect attribué aux parenchy- « mateuses ».

De plus, les noyaux reproduits dans la figure 9, interprétés comme appartenant à des cellules parenchymateuses offrent tous les caractères des noyaux névrogliques. Nous l'avons rappelé plus haut. Le malentendu vient, selon nous, de ce qu'on ne tient pas le même compte des aspects très variés, des formes cellulaires très différentes que peut adopter la névroglie pathologique. Car c'est de la névroglie pathologique qu'il y a dans la pinéale. Tout le démontre,

l'irrégularité de la distribution fibrillaire, la formation de plaques, de calco-sphérites, de lacunes, etc... L'épiphyse est un amas de névroglie qui n'a de commun avec la névroglie normale que les caractères de ses noyaux et de ses fibrilles. Encore ces fibrilles sont-elles modifiées dans leur volume, leur distribution, leurs rapports. Et quant au protoplasma, il offre au moins ce caractère distinctif qu'il y est mis en relief par le brun Bismark au lieu qu'il demeure invisible par le même moyen dans les astrocytes du cerveau sain.

Au surplus, ce que nous venons de dire ne s'applique pas à l'épiphyse du fœtus, ni même à celle des enfants du tout premier âge.

Sans vouloir rappeler ici toutes les étapes du développement ontogénique de la névroglie, nous ne pouvons omettre de dire que le renflement pinéal greffé sans doute sur l'épendyme n'a pas du tout la même structure chez le fœtus et même le nouveau-né. Les cellules y sont jeunes, probablement actives, nullement dégénérées. Cette dégénérescence ne commence vraiment à apparaître que vers la 4[e] année de la vie humaine. Elle est peu accusée dans les pinéales prélevées sur le cerveau du mouton d'un an, inconstante dans celles provenant de taureaux de trois ou quatre ans.

Nos constatations nous ont suggéré une hypothèse — qui n'est bien entendu qu'une hypothèse. — Les choses se passent comme si l'épiphyse jouissait d'un rôle actif de sécrétion interne à la période du développement cérébro-spinal où la névroglie n'était pas encore répandue dans le système nerveux central. Elle est très rare chez le fœtus, en pleine organisation chez l'enfant d'une année. Ensuite, la glande s'effacerait, son rôle étant réduit, réduit peut-être à celui d'une réserve d'hormones destinées à parer aux insuffisances de la sécrétion interne que nous sommes enclin à attribuer aux éléments névrogliques. Autre hypothèse, il est vrai, qui ne s'appuie sur aucun fait expérimental précis, mais qui ne répugne pas au raisonnement.

Il faut bien qu'il soit permis aux chercheurs de formuler ainsi des hypothèses, ne fut-ce que pour les dédommager de leur labeur et les encourager à y persévérer. On a bien dit que la pinéale était le siège de l'âme. Nous sommes moins ambitieux et nous nous contentons de lui prêter l'aptitude fugitive à sécréter quelques hormones au cours de la vie intrautérine en y renonçant progressivement après.

DISCUSSION

M. Aug. LEY (de Bruxelles). — Le rôle de la sécrétion interne de la pinéale est imparfaitement prouvé par la clinique. Ainsi, puis-je faire remarquer à M. Anglade que bon nombre de travaux récents nous forcent à modifier notre opinion concernant l'influence de la glande pinéale sur la croissance. La macrogénitosomie consécutive aux lésions pinéales a aussi été controuvée.

M. ANGLADE. — Certes, et la démonstration anatomo-histologique du caractère glandulaire de la pinéale n'a jamais été donnée. La pinéale apparaît comme formée de tissu conjonctif. C'est chez l'adulte un véritable gliome. On n'y trouve pas de preuve de l'existence d'une glande à sécrétion interne. C'est un organe névroglique et je m'étonne, qu'à la dernière réunion neurologique, M. Lhermitte, étudiant la névroglie, n'ait pas fait mention de la pinéale.

M. Aug. LEY. — La névrologie, considérée comme glande endocrine, est une opinion intéressante, mais qui n'a pas pu, faute de faits, être retenue par les rapporteurs, si distingués, qui ont traité de la question à la dernière Réunion neurologique internationale de Paris.

M. MIRA (de Barcelone). — La pinéale influe avant tout sur la croissance de l'être. M. Anglade nous dit que c'est un organe purement névroglique. Il n'en reste pas moins que l'action sur la croissance est bien une action endocrine.

M. ANGLADE. — Il y a un syndrome épiphysaire, dont les limites sont assez mal fixées d'ailleurs. La question est entre les mains des physiologistes. A eux de parler.

COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE

Sur la proposition de loi Fié

Par M. Delaitre

Conseiller d'Etat
Vice-Président de la Commission de Surveillance des Asiles de la Seine

En raison du temps limité dont disposent les congressistes avant leur départ pour la visite de l'établissement d'Armentières, M. Delaitre indique que sa communication revêtira le caractère d'une très brève causerie et même d'une simple question, qu'il serait heureux de poser, à propos de la proposition Fié à la Chambre des Députés et en vue de sa documentation personnelle, aux éminentes personnalités psychiatriques ici réunies.

Beaucoup de ses auditeurs savent déjà qu'il reste un partisan convaincu de la loi de 1838, qui est fort injustement réputée comme ayant été votée uniquement dans un but de haute police et de défense sociale contre un danger public, mais dont les travaux préparatoires établissent, au contraire, qu'elle n'a été inspirée que par les plus nobles sentiments d'humanité et le souci bien compris de l'intérêt des malades.

Il a été très frappé, lors de la visite d'Esquermes, non seulement par l'innovation des couvre-lits (qui lui paraît fort utile pour le personnel, mais au sujet de laquelle il serait curieux de connaître l'avis posthume de Pinel et d'Esquirol), mais surtout par l'interprétation donnée dans le département du Nord aux dispositions de l'art. 19 de la loi de 1838.

Cet article prescrit que « les maires, dans les communes, et les Commissaires de police à Paris, prennent à l'égard de

ceux, dont l'aliénation mentale résulte d'un certificat médical ou de la notoriété publique, toute mesure provisoire à charge d'en référer au Préfet, qui statue sans délai ».

Les arrêtés de mise en observation pris, conformément à ces dispositions, par les Maires du Département du Nord pourraient, d'ailleurs, se justifier par l'exercice des pouvoirs généraux de police, qui leur sont reconnus par la loi du 5 avril 1884. Il semble donc que l'Administration aurait intérêt, après avoir mûrement étudié le problème, à généraliser une pratique inspirée de l'esprit même de la loi de 1838, tout au moins dans les départements dans lesquels existent ou seraient créés des établissements ou quartiers pouvant recevoir les malades ayant fait l'objet d'arrêtés de cette nature.

Reste la grosse question de la prolongation sans délai de la mise en observation.

Soit que l'établissement recevant le malade en observation ait un caractère indépendant, soit qu'il constitue un quartier d'hôpital ou l'annexe d'un asile (ce serait alors un véritable service d'admission), il conviendrait de mettre à même l'autorité préfectorale de statuer rapidement sur le vu de certificats médicaux émanant de spécialistes-experts et même de lui impartir un délai légal pour le faire. Si la mise en observation devait se prolonger au-delà d'un délai, qui ne saurait dépasser 5, 10 ou 15 jours au maximum, il y aurait lieu, par voie de référé devant le Président du Tribunal ou en chambre de Conseil, de faire désigner un administrateur ou un curateur « ad hoc », chargé de l'administration des biens du malade. Si le quartier d'observation dépendait d'un asile, l'administrateur provisoire des biens des internés pourrait être chargé également de l'administration des biens de malades, dont la mise en observation prolongée équivaudrait à une prévention d'internement.

La proposition de loi déposée par M. Fié, député, et signée de 99 de ses collègues, a fait l'objet d'un volumineux exposé des motifs, dont l'analyse dépasserait de beaucoup le cadre d'une simple communication.

L'orateur ne veut donc en retenir qu'un principe, qui paraît devoir réunir l'unanimité des suffrages, à savoir que les malades seront admis dans les services ouverts et en sortiront librement, comme dans les services de médecine générale des hôpitaux. Il estime que cette formule correspond bien aux desiderata émis par les plus hautes autorités médi-

cales et ne serait que la consécration légale d'un état de fait ayant déjà subi l'épreuve de l'expérience.

Par contre, la proposition Fié prévoit que, si le malade présente des troubles de caractère dangereux, le médecin transmettra au Préfet un certificat en vue de l'internement. Ne serait-ce pas là pour le médecin une bien lourde responsabilité et pour les Préfets un cadeau, dont ils se passeraient volontiers ?

Puisqu'il s'agit d'internement, l'orateur pense une fois de plus qu'il conviendrait de s'en tenir aux garanties édictées par la loi de 1838 et de ne toucher en rien au triple contrôle médical, administratif et judiciaire organisé par cette loi.

Il serait heureux néanmoins (et c'est l'unique but de son intervention), de voir son opinion personnelle confirmée ou infirmée par les hautes autorités médicales présentes à la séance. Il peut, en tous cas, les assurer de sa bonne volonté et de son vif désir (partagé d'ailleurs par tous les juristes s'intéressant à ces questions), de se conformer aux directives des médecins qualifiés pour instaurer un régime légal et réglementaire répondant aux vœux de compétences techniques.

En terminant, M. Delaitre tient à redire à ses hôtes lillois que ce n'est pas sans une nuance de jalousie (surtout en faisant la comparaison avec les services du Professeur Claude à Ste-Anne), qu'il a visité le superbe établissement d'Esquermes. Non seulement, il remercie de tout cœur les organisateurs du Congrès de 1930 de leur fastueuse hospitalité, mais il félicite chaleureusement le Département du Nord d'avoir mis au point une organisation déjà si satisfaisante pour les malades mentaux, que tous doivent s'efforcer, en confiante collaboration, de perfectionner encore en la légalisant.

Discussion

M. Leroy (de Paris). — M. Delaitre demande que nous votions un vœu. Peut-il proposer un texte précis ?

M. Delaitre. — Je suis un juriste non compétent en matière purement médicale, qui vient demander des conseils à des médecins spécialisés. Il faut s'occuper des initiatives en cours à propos des services libres. Cela me semble une de vos tâches indispensables.

La loi Fiée prescrit que tous les malades seront mis sur le même pied et d'abord placés dans des services ouverts. Elle tend à supprimer les services d'admission tels qu'ils existent dans le Département de la Seine. Cela est à considérer. A un autre point de vue, au point de vue administratif et judiciaire, elle prévoit l'internement provoqué par le Service libre, sous la forme d'une lettre au Préfet. Il serait souhaitable que les services ouverts soient entièrement assimilables aux services généraux des Hôpitaux.

M. le Pr Lépine (de Lyon) remercie M. Delaitre, dont l'intervention rendra des services à tous. La discussion permettra d'éviter des malentendus. M. Delaitre semble avoir deux préoccupations : l'une concernant la liberté individuelle, l'autre concernant la conservation des biens.

En ce qui concerne le premier point, si tout le monde rend hommage à la loi de 1838, il faut reconnaître que depuis sa promulgation, il y a eu deux faits nouveaux : le premier, est le fait que la médecine a progressé ; on sait maintenant que le pronostic d'une affection mentale tient à la précocité de son traitement, et qu'on ne peut instituer ce traitement qu'avec beaucoup de diplomatie. D'autre part, la loi de 1838 est souvent violée : où sont les placements volontaires gratuits qu'elle prévoit ?

Actuellement, il est impossible de faire traiter à temps un aliéné inoffensif. Il faut donc chercher les moyens de réaliser le traitement précoce et effectif des malades mentaux, en employant des mesures qui ne constituent pas un déshonneur pour l'intéressé.

M. Lépine n'est pas d'avis qu'on passe au vote d'un vœu précis. Il est trop tôt pour cela. Il ne faut pas faire échouer ce qu'il peut y avoir de bon dans les articles de la proposition Fiée.

L'expérience est une grande conseillère. On a pris çà et là des dispositions qui approchent du but qu'on veut atteindre, par exemple à Sainte-Anne et à Esquermes même. On garde les malades une quinzaine de jours avant de prendre une décision. Cela ne met pas les malades, au point de vue de la liberté individuelle et de la protection de leurs biens, dans une situation pire que celle d'un pneumonique que sa maladie isole. Il n'est, par contre, pas nécessaire que l'établissement destiné aux malades aigus serve également de service

d'admission ; ce sont deux problèmes différents. Il faut surtout des formules variables selon les pays, les conditions n'étant pas les mêmes dans les grandes villes où le bon sens indique que le service ouvert donnera les meilleurs résultats s'il est placé dans un hôpital général et dans les départements purement campagnards. Il faut une certaine souplesse et le vote d'un vœu précis pourrait être dangereux.

M. Rodiet (de Ville-Evrard). — Puisqu'on a parlé de services libres, je veux signaler comment l'un d'eux a été mêlé à des affaires de simulation de la folie. Un M. X. a volé 300.000 fr. Je suis chargé par un service de prophylaxie de le retrouver. Je vais le chercher à l'adresse qu'on m'a donnée, aux Batignolles ; on me dit qu'il a déménagé. A l'adresse qu'on m'indique, on me renvoie boulevard St-Michel... Ce malade prétextant des troubles mentaux, avait demandé et obtenu son hospitalisation en service libre quand il avait vu que la police s'occupait de lui. Au bout de quelque temps, supposant que la police ne s'occupait plus de lui, il avait demandé et obtenu sa sortie. Comprenant alors que la Justice ne cessait pas de suivre son affaire, il avait écrit au service libre pour signaler que ses troubles l'avaient repris. Cela a duré un mois, et pendant que la police le cherchait, il était tranquillement dans le service libre.

Un autre sujet, un escroc, s'est fait « interner » volontairement dans un service libre. Il est sorti quinze jours plus tard. Mais il est resté attaché au service aux appointements de 40.000 fr. par an, comme directeur à la propagande de la prophylaxie mentale.

Voilà qui peut illustrer les rapports de la simulation de la folie et des services libres. Je suis du Conseil d'administration de la Ligue d'hygiène mentale, et c'est la raison qui m'a poussé à faire connaître ces observations médicales. Elles intéresseront tous les médecins qui se préoccupent d'organiser des services libres de prophylaxie mentale.

M. Raoul Titeca (de Bruxelles) déclare :

Je tiens à souligner le geste de M. le Conseiller d'Etat Delaitre, qui, parfaitement au courant des desiderata de la science psychiatrique moderne, vient avec sincérité dire aux pyschiatres officiellement réunis en Congrès : « Exposez aux juristes votre point de vue scientifique et médical en vue de

la réorganisation de la loi de 1838. Faites des propositions concrètes, qui puissent servir de voie d'accès au progrès. »

M. le Professeur Lépine, de Lyon, vient de répondre avec netteté à cette question. Permettez-moi de vous exposer ici ce que beaucoup de psychiatres pensent en Belgique de la modernisation de la loi de 1838 sur le régime des malades mentaux.

La France avait compris, après la Révolution, qu'à l'arbitraire devait rapidement succéder une période basée sur les principes du « Droit ». Il fallut un demi-siècle d'études pour que fût promulguée en 1838 la célèbre loi qui mit des barrières intangibles à la liberté individuelle, garantit la sécurité publique, et réglementa l'assistance ainsi que les principes du traitement médical de celui que cette loi appelle « Aliéné » sans jamais le définir.

A cette époque, en Belgique, la réputation du célèbre aliéniste Guislain, de Gand, devenait mondiale. Il ne manqua pas d'étudier cette nouvelle loi, corrective des erreurs du passé, qui arrivait à son heure, basée sur des préoccupations légitimes de police et de sûreté. Guislain en conseilla l'application pour notre pays et c'est sur ses avis que sortit la loi belge de 1850, remaniée par la suite, en 1873 ; elle réglemente encore de nos jours la question des malades mentaux.

Mais les contingences du passé s'oublient vite et, dans la fièvre du progrès, on devait très rapidement reprocher à ces deux lois (France 1838, Belgique 1850 et 1873) leur côté policier et judiciaire faisant de l'aliéné un malade d'exception dont le traitement est subordonné à trop d'entraves administratives.

Malgré de justes reproches, et bien que notre loi de l'avis de tous soit désuète, elle a résisté aux attaques depuis près d'un siècle, car le législateur ne doit pas seulement démolir, mais il doit surtout reconstruire. Remplacer la loi de 1838 en France et de 1850 en Belgique par une autre est un problème ardu et difficile.

L'illustre Ministre de la Justice, Jules Lejeune, en demanda le premier la révision en 1890. Ce projet et beaucoup d'autres par la suite ont été déposés sur le bureau de notre Chambre des Représentants, mais aucun de ces projets n'a jamais subi l'épreuve de la discussion. Deux tendances nettement opposées sont en présence dans les conceptions modernes, elles s'entrechoquent et se tiennent tête.

L'une, la thèse des médecins, a été résumée par le professeur Auguste Ley, de l'Université de Bruxelles, qui a écrit : « Nous devons arriver à supprimer pour nos malades mentaux les chaînes administratives et judiciaires, les mesures vexatoires et dégradantes de la collocation avec sa publicité souvent ridicule, toujours pénible. »

L'autre, la thèse des juristes, se résume à ceci : « Remplacer la loi de 1850, en préconisant le traitement des aliénés dans des hôpitaux où leur entrée, leur maintien, leur sortie seraient réglés en dehors de toute intervention de la loi, au seul gré du médecin et parfois contre le gré du malade, c'est vouloir brûler les étapes et déchaîner la guerre entre la Médecine et le Droit. »

Voilà les deux points de vue dans ce qu'ils paraissent avoir de nettement opposé et de contradictoire. Et pourtant le fait que ces deux préoccupations sont légitimes, doit nous suffire à affirmer qu'elles sont conciliables, car les antinomies morales ne résistent pas aux règles immuables de la saine justice qui est l'équité.

La rédaction d'une loi conciliant ces deux principes sera peut-être difficile, mais le problème est soluble. Je n'en veux pour preuve que la question des services ouverts : « Sans formalités d'admission, qui doit constituer l'innovation principale pour l'avenir, et qui a déjà résisté à l'épreuve d'une expérience de vingt-cinq ans de pratique journalière.

Pour cette rédaction d'une loi, capable de réunir les suffrages d'une majorité, il faudra appliquer le plus largement possible un principe nettement énoncé dans le Rapport de la Commission d'Etudes qui, en 1929, a déposé un projet sur le bureau de la Chambre, à savoir « qu'il faut se garder, dans la rédaction d'une nouvelle loi, de figer dans des textes étroits et définitifs l'application de théories nouvelles, de crainte d'en empêcher par avance l'évolution ». A cet égard (en France, 1838), on peut estimer que le silence même de la loi de 1850-1873 sur des points importants n'était pas sans avantages.

Redisons aussi avec M. le Ministre Carton de Wiart (voir rapport de 1913), que la législation 1850-1873 se prête mieux que toute autre à des améliorations successives et à des expériences judicieuses.

N'est-ce pas en se basant sur cette vérité que l'Autorité supérieure a pu tolérer ces vingt-cinq dernières années l'expérience officieuse des Services ouverts pour malades mentaux

payants ? Cette Autorité n'a-t-elle pas fait savoir, par la voie officielle, que ces services ouverts avaient, par l'efficacité des résultats obtenus, désarmé les pouvoirs publics ?

Voilà où en est la question à la date d'aujourd'hui et, pour la clôturer, je rappellerai ici le vœu émis fin 1929 par la Société de Médecine Mentale de Belgique qui demande à l'autorité compétente d'étendre sans retard aux malades mentaux indigents le bénéfice de l'expérience en cours, à savoir l'utilisation des Services ouverts, ce qui ne sera possible qu'en assurant aux malades indigents qui y seront soignés le bénéfice du fond commun.

De ces expériences, il ne peut manquer de sortir la loi de progrès que nous attendons, que nous étudions en même temps que nos voisins et amis : les Français.

M. Donald Ross (de Loehgilphead) sollicité de rapporter l'expérience anglaise et écossaise en la matière, s'excuse de ne pouvoir le faire séance tenante et promet, si tel est le vœu du Congrès, de faire un exposé sur le sujet au Congrès de l'année prochaine.

Des progrès à réaliser par l'Assistance aux aliénés à Paris

Par le Dr A. Rodiet
Médecin de l'Asile de Ville-Evrard

Le traitement de tous les cas de psychoses est-il assuré, à notre époque, par les différents organismes, qui, à Paris, réalisent l'assistance aux aliénés, et quels sont les vœux à exprimer ? Telle est la question qu'il nous a paru intéressant de soumettre au Congrès.

Actuellement, elle peut, l'assistance aux aliénés à Paris, être synthétisée ainsi :

1° Si le malade, reconnu aliéné, est docile et accepte la direction et la surveillance nécessaires à son état, il peut, ou bien être soigné à son domicile par un médecin d'un Centre de prophylaxie mentale, d'après les indications de son médecin habituel, ou bien être conduit régulièrement à la consultation du service libre de l'Hôpital Henri-Rousselle ou d'un service psychiatrique annexé à un hôpital parisien. Ces services sont maintenant nombreux et des consultations quotidiennes sont organisées à la Clinique de la Faculté de l'Asile Ste-Anne et dans les hôpitaux Beaujon, Tenon, Laënnec et Necker, pour ne citer que les plus importants.

A tous les services d'asiles de la banlieue parisienne, comme aussi à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police elle-même, devraient être adjoints une clinique de consultation gratuite et un dispensaire, où les malades consultants seraient observés et où l'opportunité de l'internement serait examinée, d'après les directives et les expériences poursuivies à l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle depuis 1923. En même temps, il faudrait, ainsi que le préconise M. Henri Michel, que la protection des biens de ces malades soit assurée, dès leur mise en observation.

Mais il importe *que chaque service soit autonome et reste entièrement sous la responsabilité et l'autorité du médecin d'asile, chef de ce service.*

2° Si l'aliéné commet, à son domicile ou dans la rue, un acte délictueux, un scandale, et, à plus forte raison, un crime, il est actuellement conduit, après enquête du Commissaire de police ou du maire, à l'Infirmerie spéciale, où l'examen conclut, soit à la remise à l'autorité judiciaire dans le cas de responsabilité du sujet, soit à l'internement, soit même à la mise en liberté surveillée, soit encore au transfert dans un service de prophylaxie mentale pour observation.

C'est là, aussi bien qu'au service de l'Admission de Ste-Anne, que, après quinze jours d'examens et de contrôle, l'internement devient définitif.

3° Si, à l'Hôpital Henri-Rousselle ou à l'admission de Ste-Anne, l'affection mentale du sujet est reconnue curable, il est hospitalisé dans un service de l'asile réservé aux malades aigus, et soumis à une thérapeutique active et à des examens de laboratoire. Telle est la méthode adoptée à Sainte-Anne depuis 1924 et qui devrait être généralisée à tous les asiles.

Si, au contraire, le malade est reconnu atteint d'une psychose chronique, il est hospitalisé, après observation prolongée, dans un quartier réservé aux psychopathes pour lesquels une thérapeutique active n'est plus indispensable.

4° Reconnu aliéné chronique, ou bien le malade travaille à l'asile, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, car depuis longtemps, on a reconnu que l'aliéné devait être occupé le plus possible, ou bien s'il se révèle inoffensif, il est envoyé dans une Colonie familiale, à Ainay-le-Château les hommes, et les femmes à Dun-sur-Auron. Depuis 1892, cette assistance familiale aux aliénés a fait ses preuves. On pourrait encore l'étendre à un plus grand nombre de malades.

Cette assistance pourrait se compléter par la création d'un asile de buveurs, réservé aux alcooliques invétérés, non criminels, mais délinquants récidivistes. Une étude faite par M. Riement, secrétaire de la Ligue antialcoolique, avait prévu cette fondation à Loches (Indre-et-Loire), mais cette étude et le projet semblent avoir été abandonnés. Il y aurait intérêt à les poursuivre.

5° Aux asiles de sûreté de Villejuif (Seine), de Lorcquin et de Hœrdt (Haut-Rhin), sont transférés les aliénés dangereux, délinquants non amendables par le séjour à l'asile, et les aliénés criminels.

Un quartier de sûreté pour les aliénées femmes devrait être

annexé à l'asile de Villejuif. La Société médicale des Asiles de la Seine réclame, depuis longtemps, cette extension aux femmes aliénées criminelles et dangereuses, des mesures prises à l'égard des aliénés hommes.

6° Un projet à l'étude en 1922, devait réaliser dans un asile du Midi le traitement des aliénés tuberculeux, hospitalisés actuellement dans les hôpitaux parisiens. Après avoir pensé à établir une convention avec l'asile de Pierrefeu (Var), on a songé à bâtir ce sanatorium sur les terrains de l'Asile de Maison-Blanche. Il semble que le climat, aussi bien à Pierrefeu qu'à Maison-Blanche (Neuilly-sur-Marne) ne conviendrait pas à des tuberculeux. Il serait désirable que ce projet soit de nouveau soumis au Conseil général de la Seine avec proposition de fonder ce sanatorium dans le voisinage des asiles de Pau ou de Mont-de-Marsan, à cause du climat des régions où ces deux asiles ont été édifiés.

7° La généralisation et la réglementation des sorties d'essai (réservées jusqu'ici aux seuls placements volontaires) ne pourront s'appliquer qu'après la réforme de la loi de 1838. Il faut souhaiter que cette réforme ne soit pas trop tardive afin de permettre légalement à de nombreux malades le retour temporaire dans leur famille, quand ils sont améliorés par l'internement, et leur réadaptation progressive et surveillée au milieu social.

8° Actuellement, lorsqu'il est rendu à sa famille, amélioré ou déclaré guéri, le sujet est visité par un délégué de la Société de patronage des malades sortis guéris des Asiles de la Seine. Cette Société, fondée en 1896, actuellement présidée par le Dr Legrain, est installée 77, rue du Château-des-Rentiers, où se trouve son siège social et un refuge avec dortoirs pour les hommes et dortoir pour les femmes. Les uns et les autres sont surveillés par un gardien et une gardienne.

Lorsque le malade guéri a obtenu sa sortie dans une famille pauvre, le médecin délégué de la Société apporte à domicile à ces indigents le secours matériel et moral qui leur est nécessaire, leur cherche du travail et exerce à l'égard des malades sujets à une rechute, la prophylaxie mentale exigée par un internement antérieur. Si, à sa sortie de l'asile, l'aliéné, amélioré ou guéri, n'a pas de famille ni de domicile où se réfugier, il est hébergé au Refuge de la rue du Château-des-Rentiers. A côté de cette œuvre officielle, placée sous le contrôle du

Préfet de la Seine, la Fondation Falret, 52, rue du Théâtre, administrée par le Dr Semelaigne, réalise aussi un patronage de secours moral et matériel pour les femmes aliénées, après leur sortie des asiles. A l'Œuvre Falret (refuge, réfectoire et dortoir), est annexé un ouvroir tenu par des religieuses qui se préoccupent de trouver un emploi aux anciennes malades qu'elles ont accueillies et qu'elles hébergent. Il serait à souhaiter que ces patronages soient mieux connus des médecins des asiles et plus fréquemment utilisés.

Tel est l'organisme complexe qui réalise à Paris, en ce xxe siècle, l'assistance aux aliénés. Il doit se compléter par l'assistance aux enfants anormaux, pour lesquels le projet de réforme de la loi de 1838 prévoit, d'accord avec les œuvres déjà réalisées par les Docteurs Georges Paul-Boncour, Heuyer et Roubinovitch une assistance spéciale. De même, les réformes et progrès susceptibles d'améliorer l'assistance aux aliénés parisiens, sont tous, dès maintenant, en cours d'examen à la Commission du Sénat qui prépare la nouvelle loi.

C'est seulement lorsque tous les projets à l'étude, concernant les asiles pour buveurs, aliénés contagieux, tuberculeux et aliénés criminels, projets que nous avons énumérés, seront exécutés, que l'assistance aux aliénés parisiens sera complète.

Nous exprimons le vœu, pour conclure, que la réalisation de ces projets soit entreprise avant la promulgation de cette nouvelle loi, afin que le problème complexe des soins qui sont dus aux malades mentaux, soit entièrement résolu, le plus tôt possible, non seulement à Paris, mais en France.

COMMUNICATIONS DE MÉDECINE LÉGALE

Prophylaxie de la délinquance des mineurs à Marseille

Par le Dr L. Wahl (de Marseille)
Directeur du dispensaire Fodéré pour les enfants anormaux

Dans cette courte communication, je n'ai l'intention d'apporter rien de nouveau à l'étude de l'enfance anormale et délinquante, les immenses travaux faits depuis une trentaine d'années par les savants du monde entier ont établi une doctrine aujourd'hui bien fixée dans ses grandes lignes. Partout, on passe de la théorie aux applications pratiques et tout particulièrement en Belgique, des résultats remarquables ont été obtenus. Je voudrais simplement entretenir le Congrès de ce qui se fait à Marseille sans organisation particulière, sans laboratoire, sans aucun instrument coûteux, grâce au dévoûment et à l'esprit d'entente de tous ceux qui s'occupent de l'enfance coupable, anormale et des services de l'orientation professionnelle.

C'est à l'initiative de M. le Procureur Général de la Cour d'Appel d'Aix, Long, et de M. le Procureur de la République à Marseille, Rol, qu'aujourd'hui tous les jeunes délinquants arrêtés sont examinés au point de vue mental. Le juge d'Instruction près le tribunal d'enfants, M. Dargent, ne nous les confie qu'après nous avoir fait parvenir une notice très complète sur l'enfant fournie par les Commissaires de Police et de ses propres remarques. Nous avons l'assurance que bientôt l'œuvre des Infirmières visiteuses prêtera son concours pour ces enquêtes, ce qui nous fournira des renseignements plus précis et plus judicieux que ceux de la Police, peu habituée à ce genre d'investigations.

C'est à notre dispensaire que les recherches et les examens

médico-psychologiques ont été confiés. Ce dispensaire a été ouvert au mois de février dernier avec le concours moral et financier du département des Bouches-du-Rhône et de la Ville de Marseille. Il est installé dans une école primaire publique. Là nous dépistons : 1° à la demande des familles ou des maîtres les arriérés simples. Nous les dirigeons sur les classes spéciales qui, au mois d'octobre, vont fonctionner pour les deux sexes dans un certain nombre d'écoles de la ville. Jusqu'ici, il n'en existait que pour les fillettes ; 2° nous soignons ceux de ces enfants qui sont justiciables de médications actives et lorsqu'ils ont besoin des soins de spécialistes, nous les dirigeons sur les différentes cliniques de la Faculté de Médecine. Le Laboratoire Départemental veut bien se charger des réactions biologiques que nous lui demandons ; 3° nous sélectionnons les sujets qui ne peuvent être conservés dans leurs familles et qui sont justiciables des Instituts spéciaux d'enfants instables, arriérés, épileptiques, malheureusement encore si rares en France à l'heure actuelle et dont Marseille n'est pas encore pourvue. Là est le point faible de notre organisation ; 4° nous examinons comme nous l'avons dit plus haut les enfants délinquants qui nous sont envoyés par la Justice et ceux qui nous sont envoyés directement par les Commissaires de Police à la suite de peccadilles qui ne font pas l'objet de poursuites régulières. Ces derniers sont les plus intéressants, car on peut les redresser avant qu'ils n'aient commis d'actes graves et établir leur diagnostic médico-social de bonne heure. En cinq mois, nous avons vu plus de 400 sujets différents, tant garçons que filles, dont plus de la moitié nous était envoyée par la Justice. Parmi ces derniers, beaucoup approchaient de la dix-neuvième année, c'est-à-dire étaient parvenus à un âge où tout redressement devient impossible. Un certain nombre n'étaient plus des délinquants primaires et étaient profondément pervertis ; cependant, même parmi ceux-là, il y avait des malades (épileptiques) ou des aliénés pour lesquels un placement à l'asile ou à l'hôpital était indiqué.

Marseille, port de mer et ville cosmopolite, reçoit de partout une foule de fugueurs, de vagabonds et même de voleurs parfois extrêmement jeunes ; les classer est très difficile, les enquêtes difficiles à mener, les renseignements donnés sont souvent suspects, exagérés dans un sens ou un autre. Souvent, on a affaire à des sujets qui ne parlent pas français, sont originaires de pays lointains et parlent des langues pour les-

quelles on trouve difficilement des interprètes. Il est si facile de se dissimuler dans les dépendances des ports que bien souvent ces outlaws y vivent des mois avant d'être arrêtés.

Ce qui est spécial à Marseille, c'est le grand nombre d'apprentis Robinsons qui viennent s'y faire arrêter chaque jour : il en arrive de tous les coins de la France et même des pays voisins, et tous n'appartiennent pas, loin de là, aux milieux habituels de la délinquance. Le mirage de la vie coloniale ou de la navigation exerce ses effets sur les cerveaux faibles de tous les milieux sociaux ; chez beaucoup la fugue se complique du délit qualifié d' « infraction à la police des chemins de fer », c'est-à-dire qu'ils ont voyagé sans billet. Un grand nombre ne peuvent réussir à s'embarquer, soit comme passagers par faute d'argent ou comme matelots en l'absence des papiers exigés, pièces d'état-civil et consentement des parents; un certain nombre n'ont pas les qualités physiques pour pouvoir naviguer. Le « robinsonisme » (qu'on me permette ce néologisme) n'est pas introuvable chez les jeunes filles.

A Marseille, comme partout, la délinquance est plus rare chez les filles mais, comme partout, la prostitution, ou tout au moins l'immoralité en est la compagne presque obligée. Nous avons vu de très curieux exemples de ces faits chez de jeunes personnes d'un milieu social assez élevé, et toujours en pareil cas le cynisme était révoltant. Nous avons aussi constaté l'éducation à rebours qui est donnée dans certaines familles, notamment dans celles qui habitent les quartiers « réservés » à la prostitution, sorte de cloaque qui rappelle certains bas-fonds de Naples.

Mais le but du présent travail n'est pas de faire un tableau de certaines mœurs déjà bien des fois trop peintes par les romanciers et les moralistes, mais d'indiquer ce que l'on a opposé pratiquement à ce flot toujours montant.

Depuis une dizaine d'années, à la prison Chave (maison d'arrêt), on a formé une section de réforme pour les délinquants mineurs du sexe masculin, sous l'égide de la Société de protection des mineurs traduits en justice, on a installé là, dans un pavillon spécial, une organisation qui, malgré de nombreuses imperfections, rend des services. On essaie, dans la mesure du possible, de donner à ces jeunes gens le goût du travail par un pécule en rapport avec leur rendement et leur application ; on cherche aussi à compléter leur bagage scolaire généralement si mince car, comme je l'ai dit ailleurs,

comme tant d'autres, l'ignorance de ces délinquants mineurs dépasse tout ce que l'on peut imaginer. Cette ignorance est plus souvent le résultat de facteurs sociaux que de la débilité mentale, mais ces deux causes sont fréquemment associées ; ajoutez-y le goût inné du moindre effort. L'enfant a été négligé à cause de l'intempérance des parents, de la mort prématurée de l'un d'eux, de la présence d'une marâtre au foyer, de la promiscuité de certains milieux et en particulier « des camps d'étrangers », formés avec plus de philanthropie que de sagacité en pleine ville.

Ce quartier spécial de la prison Chave ne peut donner que de faibles résultats ; les enfants n'y séjournent pas assez longtemps puisque ce sont des prévenus ou des condamnés de courtes peines ; les travaux n'y sont pas assez variés et ne peuvent pas servir de commencement à un apprentissage quelconque.

Depuis quelque temps, sous l'impulsion de M. le Juge d'Instruction Dargent, nous faisons, en commun avec M. Boudouresque, chef du service de l'orientation professionnelle, dans les locaux de ce service, un examen psychique, somatique et technologique des prévenus mineurs détenus ou libres. Nos procédés d'investigation sont encore des plus primitifs et nous pouvons dire que, sauf des échelles de Snellen pour l'acuité visuelle, nous n'avons encore aucun appareil de psychophysiologie, cette lacune doit être prochainement comblée. Avec cette installation, plus que rudimentaire, nous cherchons souvent en vain le métier qui serait le mieux adapté aux sujets de ce groupe, leur instabilité, leur mauvaise volonté, leur maladresse, leur insociabilité nous rendent souvent la tâche impossible. Cette organisation existe depuis trop peu de temps pour que nous puissions parler de résultats favorables, mais des renseignements que quelques patrons ont bien voulu nous communiquer, nous permettent d'espérer que cette méthode, lorsqu'elle sera au point, donnera quelques reclassements sociaux qui montreront que tout n'est pas vain dans les efforts que nous poursuivons.

Le système de la liberté surveillée, qui est d'ailleurs souvent employé par le Tribunal des mineurs de Marseille, donne des résultats comparables à ceux des autres grandes villes de France. Nous en espérons plus encore lorsque les enquêtes préliminaires seront faites par les infirmières visiteuses au lieu des inspecteurs de police. Avec le concours dévoué de

Mme le D[r] Louge, nous préparons ces infirmières à cette nouvelle tâche sur la demande de leur école.

Ni la Ville de Marseille, ni le département des Bouches-du-Rhône ne possèdent d'établissement avec internat ou demi-pensionnat pour les enfants anormaux ; l'asile d'aliénés recueille 19 garçons idiots ; un couvent abrite quelques fillettes, mais se contente de les nourrir et de les surveiller. On nous laisse espérer qu'il y aura là bientôt des perfectionnements et de profondes modifications : ce n'est là qu'un projet, bien qu'on ait sollicité notre concours pour l'établir.

L'œuvre des Salésiens de Dom Bosco, qui a une maison très importante à Marseille, n'est spécialisée ni pour les anormaux, ni pour les délinquants, mais, parmi les enfants qu'elle recueille, un certain nombre appartiennent à ces deux catégories, et les Religieux qui la dirigent arrivent à apprendre à quelques-uns de ces sujets un métier qui leur permet de gagner leur vie et quelques notions scolaires qui aident à leur redressement.

Analogue quant à son fonctionnement, bien que s'adressant plus spécialement aux moralement abandonnés, l'œuvre de St-Tronc, fondée par l'abbé Fouque, dresse au travail et à l'obéissance un certain nombre de sujets, dont quelques-uns envoyés par les Tribunaux. Cette œuvre, malgré son but philanthropique et social, ne se distingue en rien de celles que l'on voit ailleurs. C'est un de ces nombreux patronages de l'enfance qui rendent d'importants services, mais qui ne présentent aucune organisation médico-pédagogique, aucune technique particulière.

Toute autre est l'œuvre des enfants en danger moral, qu'on appelle ordinairement le patronage de la rue des Vertus. Il est administré par un conseil de notabilités ouvert aux idées les plus modernes et a comme directeur un philanthrope, M. Revest, assisté d'un petit nombre de religieuses. L'originalité de cette œuvre est la liberté que l'on y laisse aux enfants. Ceux qui ont l'âge travaillent comme s'ils étaient dans leurs familles, chez des entrepreneurs qui leur apprennent un métier généralement, mais non exclusivement choisis parmi ceux du bâtiment. Ils entrent et sortent du patronage suivant les exigences de leurs professions, sauf à rendre compte de leurs retards. Certains, qui travaillent dans des chantiers éloignés, emportent leur repas de midi. A l'intérieur, suivant leur goût, ils se livrent à des sports variés ensei-

gnés par des moniteurs. Les plus jeunes suivent une école faite au patronage même. Ce système élimine de lui-même certaines catégories d'instables, qui oublient de rentrer le soir pour reprendre leurs habitudes de vagabondage ; la Direction renvoie, dans le cas de fautes vraiment graves et heureusement exceptionnelles.

Les enfants normaux et subnormaux, victimes de circonstances extérieures, s'habituent vite à cette existence, qui se rapproche de la vie normale des autres apprentis et deviennent rapidement de bons et même d'excellents sujets ; beaucoup préfèrent cette vie réglée, mais non austère, avec ses distractions saines : sports, cinéma, phonographe, T. S. F., aux scènes pénibles de leurs familles, aux orgies et aux batailles qui en étaient la suite, et j'en ai vu plus d'un qui pleurait lorsque ses parents demandaient sa sortie. C'est là que le Juge place provisoirement, en attendant la décision du Tribunal, les jeunes fugueurs, les Robinsons, et leur évite ainsi les promiscuités de la prison.

Toute autre, mais également utile, est l'œuvre de Notre-Dame-de-la-Charité, voisine topographiquement de la précédente et destinée aux filles vicieuses. Cette maison cloîtrée, admirablement fermée, est dirigée par des Religieuses de la plus haute distinction morale, de la meilleure éducation; le régime sévère de la maison est adapté aux habituées de l'abjection, le redressement en est difficile, et malgré les plus méritoires efforts, les résultats sont faibles. Dans ce couvent, on soigne les malheureuses auxquelles leur inconduite a fait contracter des affections vénériennes : là, elles arrivent couvertes de vermine : le mensonge, le vol étaient leurs occupations habituelles. C'est le refuge des grandes vicieuses constitutionnelles. Elles y jouent les Madeleines repenties ; la grâce paraît les avoir touchées : mais les admirables religieuses qui les gardent ne s'illusionnent pas sur les résultats atteints. Cette maison, qui remonte loin dans l'histoire locale, est comme l'opposée de la précédente ; l'une redresse les malheureux, victimes des circonstances plus que de leurs mauvais instincts ; l'autre ségrège de la société le plus longtemps possible les épaves que rien ne peut ramener au bien sauf exceptions. Que n'existe-t-il des maisons que j'oserai nommer complémentaires, l'une analogue au patronage de la rue des Vertus pour les filles, l'autre pour les garçons vicieux ! Je sais bien que, pour ces derniers, il y a les maisons d'éducation péni-

tentiaire, récemment réorganisées. Jusqu'à présent, nous n'avons pu apprécier les résultats de cette réforme. Il faudrait, en tout cas, si l'on veut escompter des succès, spécialiser, comme le demande l'Inspecteur général Mossé, les surveillants et les maîtres d'ateliers dans leur tâche ingrate, délicate.

En somme, à Marseille, depuis quelques années, bien des efforts ont été faits en faveur des dégénérés et des délinquants, mais ils sont encore fragmentaires et surtout privés des ressources scientifiques et financières nécessaires à leurs progrès.

Discussion

M. le P[r] Aug. Ley (de Bruxelles). — L'importance de la période de l'enfance pour la lutte contre les maladies mentales a été bien mise en lumière par M. Wahl. On peut dire que cette question fut le nœud du dernier Congrès international d'hygiène mentale à Washington. Si, dans toutes les œuvres qui s'occupent de l'enfance, on pouvait s'entendre pour dépister et rechercher les jeunes psychopathes, si l'on pouvait ensuite les suivre, les contrôler, les surveiller, les patronner, depuis l'école jusqu'à l'âge adulte, il est certain que l'on arriverait à un résultat très remarquable en matière de prophylaxie mentale. Mais, trop souvent encore, nous ne sommes ni organisés, ni armés pour suivre ces cas avec attention et efficacité.

M. Fribourg-Blanc (de Paris) rappelle que son maître Etienne Martin, de Lyon, avait organisé une école de rééducation pour délinquants, dans la prison même. De bons résultats ont été obtenus chez les sujets qui avaient été pervertis par le milieu.

M. L. Wahl. — Ce qu'il y a d'intéressant et de nouveau à Marseille, c'est que l'initiative est venue du Procureur général lui-même.

M. Ern. de Craene (de Bruxelles). — A Bruxelles, c'est le Procureur du Roi qui est chargé de surveiller les enfants et l'entente est parfaite entre magistrats et médecins.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONGRÈS

tenue au Grand Amphithéâtre
de l'Institut de Physique de l'Université de Lille le 23 juillet 1930

PRÉSIDENCE : M. le Professeur ABADIE
président de la 34e session

La parole est donnée à M. René CHARPENTIER, Secrétaire permanent du Congrès.

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, depuis notre dernière session, le Congrès a été durement éprouvé. Nous avons à déplorer la perte du *professeur Edouard Long*, de l'Université de Genève, qui fut secrétaire général de notre XVIIe session (Genève-Lausanne 1907), membre du Comité permanent et Président, avec le Dr René Semelaigne, de la XXXe session du Congrès (Genève-Lausanne 1926), dont vous vous rappelez le grand succès. Il fut un ami de toujours du Congrès des aliénistes et neurologistes, auquel il a rendu les plus grands services. Son enseignement à l'Université de Genève était à juste titre très apprécié. Sa place reste vide ici et notre mémoire lui sera fidèle.

A la séance d'ouverture, notre Président a exprimé la tristesse et la stupéfaction de tous en apprenant la disparition prématurée de notre Président de l'an dernier, le *Docteur R. Lalanne,* chargé de cours à la Faculté de Médecine de Nancy, médecin-chef à l'Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). Il fut pendant longtemps membre du Comité permanent et avait été deux fois secrétaire général de nos sessions, de la XXVe à Strasbourg, avec le Dr Courbon, de la XXVIe à Luxembourg, avec le Dr Forman.

Celui qui, il y a 24 ans, fut à Lille le secrétaire général de la XVIe session, le *Dr Chocreaux,* n'est plus là non plus pour nous recevoir cette année. Il eût aimé assister au succès de

cette session, lui qui fit tant pour le succès de celle de 1906 et qui nous était resté fidèle.

Enfin, parmi nos membres, nous regrettons de ne plus revoir ici le *Dr Henri Carrier* (de Lyon) et le *Dr Louis Parant* (de Toulouse).

J'ai enfin à vous présenter les regrets de ceux qui furent empêchés de participer aux travaux de cette session : MM. Babonneix (de Paris), Vernon Briggs (de Boston), René Charon d'Amiens), Henri Colin (de Paris), Desloges (de Montréal), Ch. Dubois (de Berne), Haskovek (de Prague), Heidema, Klippel (de Paris), Henry Meige (de Paris), F. Naville (de Genève), Orzechowski (de Varsovie), Repond (de Malevoz-Monthey), Rodriguez-Arias (de Barcelone), A. Santenoise (de Saint-Ylie), van der Scheer (de Groningue), Sebek (de Prague), Aug. Wimmer (de Copenhague), m'ont chargé de vous dire leurs regrets de ne pas être des nôtres cette année.

RAPPORT FINANCIER

I. Compte rendu financier de la XXXIIIe session (Barcelone, 21-26 mai 1929)

Le compte rendu financier de notre XXXIIIe session, présenté par M. le Dr Mira, *Secrétaire général,* s'établit ainsi :

1° Recettes en francs

177 membres adhérents, 21 établissements hospitalisés, 69 membres associés	11.990 »
Subvention du Ministère français des Affaires Etrangères	10.000 »
Intérêts du compte courant à la Société Générale.	255 80
Total	22.245 80

Dépenses en francs

Imprimerie Coueslant	17.856 »
Solde en francs en faveur du Congrès	4.389 80

2° Recettes en pesetas

68 membres adhérents, 9 établissements hospitalisés, 27 membres associés	1.192 97
Exposition de produits pharmaceutiques	1.357 20
	2.550 17

Dépenses en pesetas

Soirée du Congrès	1.200 »
Imprimeries Vives et Simo	135 »
Chambres réservées par le Secrétariat qui ont dû être remboursées	155 »
Subvention à l'Institut Français de Barcelone .	78 »
Frais de bureau (gratifications au personnel et pourboires)	297 »
Correspondance (lettres, imprimés, colis postaux, télégrammes)	535 10
	2.400 10
Solde en pesetas à faveur du Congrès	150 10
150 pesetas 10 c. converties en francs (au change de 290) font	435 »
Ce qui donne un solde total en excédent de (4.389,80 + 435)	*4.824.80*

16 juillet 1930.

D[r] E. Mira.

En vous proposant, Messieurs, d'adopter ce compte rendu financier, je vous demande d'exprimer nos remerciements reconnaissants au *D[r] Emilio Mira,* qui fit preuve, dans cette session inoubliable, de qualités remarquables d'improvisation et d'organisation et dont l'excellente gestion laisse un excédent inattendu à notre Caisse de Réserve du Congrès.

Je vous demande d'associer dans notre reconnaissance, comme ils le furent dans l'œuvre commune, le *D[r] Gimeno Riera,* président de la session, et le *D[r] Rodriguez-Arias,* qui collabora si utilement à la naissance et au succès de la session de Barcelone.

II. Situation financière de la Caisse de Réserve du Congrès

Lorsqu'il y a 10 ans, à l'Assemblée générale de la XXIV[e] session, à Strasbourg, le mardi 3 août 1920, à l'Asile de Stephansfeld, mon prédécesseur immédiat, le D[r] René Semelaigne vous exposa la situation de la Caisse de Réserve, que vous me faisiez l'honneur de me confier ce jour-là, le solde disponible était de :

En valeurs, au cours du jour :	
390 fr. de rente 3 0/0	7.855 50
243 fr. de rente 4 0/0 1917 ...	4.329 »
En espèces	2.064 22
Total	13.978 72

Après la période qui venait de s'écouler, il était remarquable que notre Congrès possédât encore un solde créditeur de 13.978 fr. 72, et c'est un résultat dont nous étions redevables à la prudente gestion du D[r] René Semelaigne.

L'avenir paraissait pourtant incertain et si notre situation financière s'est grandement améliorée depuis, cette amélioration est due :

a) D'abord à la sage gestion des secrétaires généraux que vous avez désignés et dont je suis heureux de vous rappeler les noms :

XXV[e] session...	Luxembourg	: D[rs] Forman et Lalanne
XXVI[e] — ...	Quimper	: D[r] Lagriffe
XXVII[e] — ...	Besançon	: D[r] A. Santenoise
XXVIII[e] — ...	Bruxelles-Liége	: P[r] Aug. Ley
XXIX[e] — ...	Paris	: D[r] Dupain
XXX[e] — ...	Genève-Lausanne	: D[r] Repond
XXXI[e] — ...	Blois	: D[r] M. Olivier
XXXII[e] — ...	Anvers	: D[r] Meeus
XXXIII[e] — ...	Barcelone	: D[r] Em. Mira
XXXIV[e] — ...	Lille	: P[r] P. Combemale

Cette énumération est en même temps un résumé de l'activité de notre Congrès pendant ces dix années. Sur dix sessions, cinq furent invitées à se tenir hors de France.

b) Au produit de la vente des volumes des comptes rendus du Congrès, et aux arrérages du compte courant.

c) Et surtout aux importantes subventions obtenues, subventions sans lesquelles auraient pu être compromis, et les résultats financiers de chaque session, et l'avenir de la Caisse de Réserve, c'est-à-dire l'avenir du Congrès.

Cette année encore, je suis heureux de vous annoncer que nous avons obtenu *10.000 fr.* du Ministère des Affaires Etrangères pour la session de Lille.

De plus, à la suite des démarches que vous m'aviez autorisé à faire, notre Caisse de Réserve a obtenu *30.000 fr.* du Ministère de l'Intérieur sur le produit des Jeux.

Permettez-moi ici d'exprimer à *Mme le Dr Long-Landry* notre vive reconnaissance pour l'appui qu'elle ne cesse de nous donner. Cette année encore, malgré son deuil cruel, elle a tenu à nous donner son appui et à manifester ainsi l'intérêt agissant qu'elle porte à notre Congrès.

Je dois également remercier en votre nom la *Société Médico-Psychologique de Paris,* qui a bien voulu nous servir d'intermédiaire auprès de la Commission des Jeux pour obtenir une subvention accordée seulement aux Sociétés reconnues d'utilité publique.

Grâce à tout cela, la *situation financière de la Caisse de Réserve* s'établit aujourd'hui ainsi :

En valeurs au cours du 18 juillet 1930 :		
20 bons du Trésor 5 0/0 1924 (720)		14.400 »
2.000 fr. de rente 3 0/0 (89,10)		59.400 »
1.000 fr. de rente 4 0/0 1917 (101,90)		25.475 »
1.000 fr. de rente 4 0/0 1918 (100,90)		25.225 »
		124.500 »
En espèces :		
En banque	35.960 71	
Excédent session Barcelone	4.824 80	
soit		40.785 51
Total		165.285 51

Ce résultat, évidemment satisfaisant, appelle quelques réflexions :

Tout d'abord, il est insuffisant. Les subventions peuvent faire défaut. Elles sont pourtant indispensables au budget de

chaque session. Il serait nécessaire que la Caisse de Réserve pût chaque année subventionner elle-même la caisse de la session d'environ 10.000 fr. Il faudrait pour cela relever légèrement la cotisation, en appliquant seulement le coefficient 5 au chiffre d'avant-guerre, solution normale. Cela d'autant plus que les frais d'impression vont en augmentant, et qu'un peu plus d'aisance de la Trésorerie des sessions permettrait d'apporter quelques améliorations à l'organisation des sessions.

Ce solde représente cependant une somme importante qu'il y a lieu de placer au nom du Congrès et non de déposer en Banque comme actuellement, sous le nom du secrétaire-trésorier permanent. En cas de décès de celui-ci, il pourrait en résulter des difficultés et, en particulier, des difficultés d'ordre fiscal.

D'autre part, pour toucher des subventions officielles, la nécessité d'avoir recours à l'intermédiaire d'une Association reconnue d'utilité publique, est une entrave à la demande et à l'obtention de ces subventions.

Votre Comité Permanent vous propose d'obvier à ces inconvénients en demandant pour le « Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française », la *reconnaissance d'utilité publique.*

Cette demande s'accompagnera obligatoirement de la transformation du Congrès en une Association permanente et de l'adoption de statuts dont le modèle est imposé. D'où quelques modifications dans le règlement du Congrès.

***

Après avoir entendu cet exposé du Secrétaire permanent, l'Assemblée générale a voté à l'unanimité des membres présents les dispositions suivantes :

Il est décidé d'introduire une demande en *reconnaissance d'utilité publique* par application de la loi du 1er juillet 1901.

L'*Association* créée dans ce but conserve le titre de : « *Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.* »

Conformément aux recommandations (note 1, page 10) du Modèle de Statuts remis par la Préfecture du Département de la Seine, le droit de consentir les modifications aux sta-

tuts, modifications qui pourraient être demandées par l'Administration ou par le Conseil d'Etat, est délégué à *deux membres* qui sont :

le *D*[r] *Pactet,* président de la 35[e] session du Congrès ;
le *D*[r] *René Charpentier,* secrétaire permanent du Congrès.

Une Commission composée de *MM. Pactet,* président, *Henry Meige, René Semelaigne,* anciens secrétaires permanents et *René Charpentier,* secrétaire permanent, est désignée pour mettre le Règlement du Congrès d'accord avec le modèle de statuts imposé.

L'article 2 des Statuts instituant les différentes catégories de membres et le taux des cotisations annuelles minima comprendra les catégories suivantes :

1° *Membres titulaires* de l'Association, cotisation annuelle : 75 fr.

2° *Membres adhérents* exceptionnellement à une session annuelle, cotisation : 80 fr.

3° *Membres associés,* cotisation : 50 fr.

Le taux de souscription aux publications du Congrès pour les *Bibliothèques des Etablissements Hospitaliers* sera annuellement de 80 fr. *minimum.*

Le *rachat de la cotisation* de membre titulaire peut être effectué en versant une somme égale à *vingt fois* le montant de la cotisation annuelle minimum.

A l'article 5 des Statuts, le bureau sera composé d'un président, d'un vice-président, qui deviendra de droit président l'année suivante, d'un secrétaire général permanent, assisté pour l'organisation locale d'un secrétaire annuel choisi au siège de la session et d'un trésorier pris parmi les membres du Conseil d'Administration (Comité permanent).

Le Bureau sera élu sur ces bases dès la prochaine Assemblée générale. Il est décidé que le Secrétaire général permanent aura la charge de toute la partie scientifique du Congrès, en particulier de la publication des rapports et volumes des comptes rendus.

La place accordée dans le volume des comptes rendus aux membres du Congrès prenant part à la discussion des rapports, est portée à deux pages au lieu d'une.

***

ORGANISATION DE LA 35e SESSION

L'Assemblée générale décide, à l'unanimité des membres présents, de tenir à Bordeaux, à Pâques 1931, la 35e session du Congrès.

Constitution du Bureau

Président : M. le Docteur Pactet, médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine.

Vice-Président : M. le Professeur J. Euzière, doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier, médecin des Asiles publics d'aliénés, est élu par 72 voix sur 74 votants (2 bulletins blancs).

Secrétaire général : M. le Dr D. Anglade, médecin-chef à l'Asile de Château-Picon, est élu par acclamations Secrétaire général.

Les rapports et rapporteurs suivants sont ensuite désignés:

1° RAPPORT DE PSYCHIATRIE

« Les Psychoses périodiques tardives. »

Rapporteur : M. le Dr Roger Anglade, médecin-chef à l'Asile de Breuty-la-Couronne (Charente).

2° RAPPORT DE NEUROLOGIE

« Les Tumeurs intra-médullaires. »

Rapporteur : M. le Dr Noël Péron, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

3° RAPPORT DE MEDECINE LEGALE

« Les fausses simulations dans les maladies mentales. Leur intérêt médico-légal. »

Rapporteur : M. le Médecin-Commandant Fribourg-Blanc, professeur à l'Ecole d'Application du Service de Santé Militaire (Val-de-Grâce).

⁂

ORGANISATION DES SESSIONS ULTÉRIEURES

L'Assemblée générale décide à l'unanimité de tenir à Rabat (Maroc), à Pâques 1932, la 36e session du Congrès.

Le Dr de Labretoigne du Mazel, médecin-directeur de l'Asile de Ber-Rechid, est désigné à l'unanimité comme *secrétaire annuel de la 36e session.*

Le Secrétaire permanent fait part à l'Assemblée générale de l'invitation adressée au Congrès par M. le *Doyen Jean Lépine,* de tenir à *Lyon,* en juillet 1933, la 37e session du Congrès, invitation qui sera soumise en son temps au vote de l'Assemblée générale, mais pour laquelle le Comité permanent, par un vote unanime, a décidé de réserver dès maintenant la 37e session.

COMITÉ PERMANENT

Par 72 voix et 2 bulletins blancs sur 74 votants, l'Assemblée générale a élu le professeur Henri Roger, de Marseille, *membre du Comité permanent,* en remplacement de M. le professeur Abadie (de Bordeaux), membre sortant non rééligible.

DÉLÉGATIONS

L'Assemblée générale délègue pour représenter le Congrès :

1° au *Xe Congrès Belge de Neurologie et de Psychiatrie,* qui se tiendra à Liége, les 28, 29 et 30 juillet 1930 :

M. le professeur Abadie, président de la 34e session.

2° au *XIe Congrès de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord,* qui se tiendra à *Montréal* les 16, 17, 18 et 19 septembre 1930 :

M. le Dr René Charpentier, Secrétaire permanent.

3° à la *5e Réunion annuelle de la Ligue Espagnole d'Hygiène Mentale,* qui se tiendra à *Saragosse* les 25, 26, 27 et 28 septembre 1930 :

M. le professeur Abadie, président de la 34e session ; M. le Dr D. Anglade, ancien président ; M. le Dr Emilio Mira, ancien Secrétaire général.

***

Le Secrétaire permanent rappelle qu'un *Congrès International de Neurologie* se tiendra à *Berne*, en 1931, et engage les membres du Congrès à y participer.

Programme du Congrès

Le 31 août 1931 : Les méthodes de diagnostic et de traitement des tumeurs cérébrales.

Le 1er septembre : Anatomie, physiologie et pathologie du tonus.

Le 3 septembre : Les infections aiguës, non suppuratives, du système nerveux.

Le 4 septembre : Le rôle du traumatisme dans la production des symptômes nerveux.

Les communications peuvent être adressées à l'un des deux secrétaires : Dr Henri Alsop Riley, 117, East, 72th Street, New-York City (U. S. A.) ; docteur Ch. Dubois, 20, Falkenhöheweg, Berne (Suisse).

***

Le Secrétaire permanent donne ensuite lecture, au nom d'une Commission composée de MM. Baruk, Calmettes, Demay et Wahl, d'un vœu concernant l'application aux malades mentaux de la loi sur les assurances sociales (1).

Après lecture de ce vœu, avant le passage à la discussion et au vote des articles, une *discussion* s'engage, à laquelle prennent part *MM. Calmettes* et *Lagriffe*. Sur la proposition de M. Lagriffe, il est décidé, à la majorité des votes exprimés, de réserver la discussion de ce vœu à l'Association Amicale des médecins des Etablissements publics d'aliénés de France.

***

Le Secrétaire permanent rappelle aux membres du Congrès de bien vouloir lui adresser au moins un mois avant l'ouverture de la prochaine session, toutes les suggestions concernant le choix des sessions ultérieures, ainsi que l'indication des sujets qu'ils désireraient voir mettre à l'ordre du jour du Congrès.

La séance est levée.

---

(1) Voir page 187.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

Entre les séances de travail, tout Congrès digne de ce nom, convie ses adhérents, comme délassement de l'esprit et pour leur instruction générale, à des visites et à des excursions qui permettent à chacun, dans le minimum de temps, de se faire une impression d'ensemble sur la ville et la région où le Congrès tient ses assises.

Lille chercha à être une session digne de ses devancières les plus immédiates, Anvers et Barcelone. De l'avis des participants, elle y aurait réussi, puisque tous se montrèrent satisfaits de leur séjour et quoiqu'ils n'eurent pas ce beau soleil brillant et riant des régions méditerranéennes, ni non plus le délice de vivre quelques instants parmi des monuments merveilleux, patinés par les siècles, ou au milieu de vieilles pierres sculptées par la foi des hommes. Le temps était maussade, les monuments neufs pour la plupart, les briques toutes fraîches, mais ils purent visiter des œuvres sociales nombreuses et admirables, et vécurent quelques jours au milieu d'une population douée d'une merveilleuse et formidable activité. Ils purent découvrir une des régions de France que le labeur et l'initiative des hommes ont mis au premier rang des centres producteurs du monde et où l'on sent, malgré une activité trépidante, un idéal généreux et une certaine poésie.

Il serait trop long de citer ici tous ceux qui ont offert au bureau du Congrès, leur aide la plus entière et la plus cordiale. Cependant, nous voudrions que l'on retienne les noms de M. le Recteur Chatelet, de M. Nanain, de la Chambre de Commerce de Lille, de M. Buchet, Directeur des Mines de Lens et de M. Théodore, Conservateur du Musée de Lille.

Enfin, le secrétaire général temporaire voudrait dire, avant de disparaître, tout le souvenir particulièrement agréable qu'il garde de l'accueil que tous les congressistes lui ont réservé : il leur est très reconnaissant d'avoir facilité sa tâche par l'empressement qu'ils ont mis à répondre à toutes ses demandes. Si la session de Lille a eu du succès, c'est à eux qu'elle le doit; c'est aussi au professeur Abadie, qui sut la présider avec tant

d'élégante autorité ; c'est enfin au Secrétaire permanent, le Dr Charpentier, qui a étudié, ausculté, palpé de nombreux mois à l'avance tous les détails de cette semaine, qui n'a rien laissé au hasard, même pas les improvisations. Quant aux secrétaires des séances, on peut dire que c'est grâce à eux qu'il y a peu d'ordre dans le présent volume.

⁂

Le Lundi 21 juillet, après la séance inaugurale, le président, entouré du bureau de la session, déposa une gerbe au monument commémoratif aux Morts de Lille.

A 18 heures, à l'issue de la première séance de travail, les congressistes furent reçus à la nouvelle Mairie, splendide monument aux vastes proportions, construit en art moderne sobre et cependant de grand luxe, Mairie digne d'une capitale. Le Dr Arquembourg, adjoint, délégué par M. le Maire empêché, vint, entouré de conseillers municipaux, nous accueillir au seuil de l'Hôtel de Ville. Après avoir tiré la première photographie du Congrès, l'on se rassembla dans la salle des fêtes, où le Dr Arquembourg nous souhaita la bienvenue. Il exprima sa vive satisfaction de recevoir des confrères venus à Lille pour un Congrès de travail et d'étude. Sachant que ses confrères du Nord se sont proposés de faire visiter aux congressistes la ville de Lille, il les excusa de ne pouvoir montrer beaucoup de vieux monuments ; mais Lille a subi huit sièges au cours de son histoire ; par contre, les congressistes pourront voir le Nord au travail, et apprécier l'accueil cordial et sympathique qui leur sera réservé. En terminant, il souhaita plein succès à notre Congrès.

Le professeur Abadie lui répondit en ces termes :

Monsieur le Maire,

Je vous remercie, au nom des Congressistes, des paroles de cordiale bienvenue que vous venez de nous adresser.

Je vous prie de transmettre à M. le Député Salengro, Maire de Lille, tous nos regrets de n'avoir pu le saluer dans ce splendide Hôtel de Ville, œuvre de sa Municipalité.

Cependant, je m'empresse de vous exprimer combien il nous

est agréable d'être reçu, en son nom, par le plus aimable des confrères, et le plus qualifié des administrateurs municipaux.

Notre Congrès, Monsieur le Maire, revient à Lille pour la seconde fois. La première fois était en 1906, il y a 24 ans, sous la présidence du professeur Grasset (de Montpellier).

Il y revient aujourd'hui avec un réel plaisir, et cela pour plusieurs raisons.

La première est le spectacle merveilleux qu'offre votre région du Nord, où le pays noir et la fumée des usines innombrables sont entourés du plus bel écrin de verdure qui soit, — votre région du Nord dont on ne sait s'il faut admirer le plus, ou son activité industrielle incomparable au monde, ou sa richesse étonnante d'agriculture, — cette région du Nord qui produit tout, — hormis le vin, — mais vous permettrez à un Bordelais de ne pas trop le regretter.

La seconde raison est que des médecins ne peuvent pas oublier que le Nord et la ville de Lille sont le berceau des œuvres sociales en France, et qu'ils tiennent toujours la tête dans les conceptions et les réalisations d'hygiène et d'assistance publique.

Chez vous, Monsieur le Maire, on a toujours à apprendre la matière d'entr'aide humaine.

Une troisième raison est que, dans le Nord, le visiteur prend à chaque visite une grande leçon de travail et d'énergie. A voir la vie ardente qui anime la Ville, ses alentours, la région dont elle est la capitale économique, à constater cette floraison d'industries de toutes sortes, ce surprenant atelier où s'élabore une grande partie de la richesse française, à suivre cette population vigoureuse, patiente, ardente à la vie, dans son œuvre journalière, chacun se sent devenir plus travailleur, plus énergique. La leçon est encore plus large et plus profitable aujourd'hui, au lendemain des désastres de la guerre, à l'heure où le Nord constructeur et réalisateur vient d'étonner le monde par la rapidité et la grandeur de sa reconstitution.

La Ville de Lille, cité antique, au riche passé d'histoire et de coutumes, où la tradition d'art s'unit admirablement à la tradition de l'industrie humaine, métropole de cette activité prodigieuse, est une gloire de notre pays.

Nous sommes fiers aujourd'hui d'être des vôtres et d'être reçus dans cette Maison de la Ville, symbole de sa gloire passée, de son ardeur présente et de sa foi dans l'avenir.

Des rafraîchissements, qu'ils goûtèrent avec grand plaisir, avaient été préparés à l'intention des congressistes. Puis, sous la conduite du Docteur Arquembourg, ils visitèrent la mairie. On l'appelle actuellement communément la nouvelle mairie, puisqu'il n'y a guère plus de deux ans qu'elle est ouverte au public. L'ancienne mairie était place du Palais Rihour, elle fut presque complètement brûlée en avril 1916, la nuit même où les Allemands enlevèrent à Lille les femmes et jeunes filles pour les faire travailler de force aux travaux des champs. A reconstruire, on fit grand, prévoyant avec raison l'extension de la ville qui s'annonce considérable. On appliqua aussi des idées directrices neuves. Au rez-de-chaussée, pour le public, un très vaste hall où s'ouvrent de très nombreux guichets. Derrière ces guichets, il a été prévu une place très large pour le personnel, qui travaille à l'aise, bien assis, devant d'excellents bureaux. Les relations téléphoniques automatiques entre employés et entre service sont très largement prévues. L'hygiène du bâtiment est parfaite, l'aération très large, la lumière abondante, le chauffage excellent et il y règne, l'été, une fraîcheur délicieuse. Au premier étage, se trouvent les salles de fêtes, les salles de réceptions, la salle des mariages, les bureaux du Maire, des adjoints, des conseillers municipaux, du secrétariat général de la mairie et des très nombreux services techniques. Tout le reste de l'établissement, incomplètement terminé encore, est réservé aux archives, qui peuvent être ainsi merveilleusement bien classées et entretenues. Les congressistes admirèrent beaucoup la nouvelle mairie de Lille et ne se cachèrent pas pour dire à M. le Maire tout leur émerveillement.

***

Une grande partie de la journée de MARDI, les dames visitèrent les principales curiorités de Lille : l'église St-Maurice, de style ogival flamboyant du XIV[e]-XV[e] siècle, la vieille Bourse, remarquable spécimen de l'architecture flamande du XVIII[e], la tourelle octogonale du Palais Rihour (XV[e]), les églises St-Etienne, Ste-Catherine et St-André, puis les vieux hospices Comtesse et Gantois qui contiennent de magnifiques pièces anciennes, et, enfin, les vieilles tapisseries de l'hôpital St-Sauveur.

L'amabilité agissante du service municipal des Beaux-Arts,

de l'Evêché et de la Commission des Hospices de Lille facilita grandement la visite de ces monuments.

A 16 heures, les autocars qui avaient conduit les dames à travers la ville les déposaient à la Clinique départementale d'Esquermes où les attendait un thé servi dans le hall du pensionnat.

VISITE DE LA CLINIQUE DÉPARTEMENTALE D'ESQUERMES

MARDI 22 juillet, à 17 heures, les Congressistes se réunirent à la Clinique départementale d'Esquermes, les dames les y avaient précédés de quelques instants, venant de visiter depuis le matin, Lille, ses vieux monuments et ses curiosités. Ils furent reçus par M. Boujard, Secrétaire général de la Préfecture du Nord, représentant M. le Préfet empêché, par les membres de la Commission de Surveillance de l'Etablissement, et par le professeur Raviart, Médecin-Directeur et fondateur de l'Etablissement. Les congressistes attendaient avec impatience cette journée où il leur serait permis d'apprécier sur place une œuvre justement connue de tous. Aussi étaient-ils si nombreux qu'ils n'arrivaient pas à tenir dans la salle des Cours de la Clinique. Le professeur Raviart prit la parole pour rappeler en quelques mots l'origine de ce service, rattaché étroitement à l'Université de Lille puisqu'il en est la Clinique officielle d'enseignement de la psychiatrie. Fondée en 1912, grâce à la clairvoyance du préfet Vincent, à l'autorité morale du professeur Raviart et du doyen d'alors, le professeur F. Combemale, et aussi à l'initiative généreuse du Conseil général du Nord, la Clinique départementale d'Esquermes ouvrit ses portes en décembre 1912. Elle reçut aussitôt les malades suspects de troubles mentaux. Ceux-ci y pouvaient entrer, soit librement, sans aucune formalité administrative, mais seulement après un examen par le Médecin-Directeur, et en quelque sorte sous sa responsabilité, en qualité de pensionnaire de toute classe ; soit par application de l'article 19 de la loi du 30 juin 1838. Ainsi, l'observation dans les hôpitaux et hospices où rien n'était préparé, il faut bien le dire, pour soigner avec compétence de tels malades, pouvait ne plus s'y faire, et très rapidement l'usage heureux et légal dirigea les mentaux sur Esquermes.

Sur simple arrêté du maire ou du commissaire de police, et dès le début, l'autorité administrative a interprété l'article de la loi dans le sens le plus large, le malade suspect de troubles mentaux entre et trouve locaux, personnel et soins éclairés. Il peut être ainsi très rapidement placé, ce qui le met dans les meilleures conditions de guérir. Est-il très rapidement curable ? on le garde en observation tout le temps qui est nécessaire. Est-il au contraire incurable ou curable à plus ou moins longue échéance ? on sollicite l'internement d'office.

Le professeur Raviart attire tout particulièrement l'attention des congressistes sur l'obligation devant laquelle il s'est trouvé, par la force des événements, de conserver à la Clinique départementale d'Esquermes la plus grande partie des internés d'office que les asiles sinistrés d'Armentières et de Bailleul ne pouvaient prendre. Ce fut là une expérience heureuse dans les conclusions pratiques qu'elle permet de faire. La Clinique départementale d'Esquermes se présente actuellement comme un hôpital fonctionnant depuis plus de 10 ans, comme un établissement qui peut servir de modèle à n'importe quel asile, puisqu'on y trouve rassemblés, côte à côte, un asile régi par la loi de 1838, un service d'observation et un véritable service libre pour psychopathes.

Après avoir chaleureusement applaudi cette courte conférence, les congressistes visitèrent les services. Ils traversèrent de vastes salles d'alitement, aérées et éclairées au maximum, avec leurs baignoires dans l'intervalle même des lits ; de vastes halls entièrement vitrés, servant moitié de dortoir, moitié de salle de jour et communiquant très largement avec des terrasses-jardins où l'on peut pousser des lits roulants. Ils purent remarquer les fenêtres garnies de moustiquaires métalliques permettant une aération parfaite et sans craindre les raptus anxieux ou les tentatives d'évasion ; ils admirèrent les chambres d'isolement avec leur système supplémentaire de chauffage électrique hors de portée de la main des malades, mais surtout s'attardèrent à étudier dans les détails et à faire fonctionner le fameux couvre-lit sous cadre, et avec toile métallique, ce nouvel outil d'assistance si facile à construire et à monter sur un lit, outil qui rend de grands services à la clinique d'Esquermes dans l'assistance aux confus et aux séniles agités.

Après quoi, l'on se promena un peu dans le parc, avant de

se rassembler dans le hall du pensionnat. Le temps étant frais et maussade, le garden-party se transforma en dîners par petites tables. Ce fut charmant et combien gai. Il est vrai que le maître de maison se surpassa lui-même, et il entraîna si bien tout son monde que la plus franche gaîté ne se démentit un seul instant, jusque tard, très tard dans la nuit. On dansa beaucoup, on s'amusa plus encore. La séance de travail du lendemain commença avec plus d'une demi-heure de retard.

***

Mercredi matin, à 10 heures, les dames se rendirent à Loos, gros faubourg au sud de Lille, pour y visiter la fabrique de fils à coudre J. Thiriez père et fils. MM. Thiriez tinrent à recevoir eux-mêmes les dames congressistes dans leurs vastes ateliers d'où sort le célèbre fil à coudre « *à la tête de cheval* ». Elles visitèrent toutes les étapes de la fabrication depuis l'arrivée de la balle de coton, son triage, son peignage, son lavage, la teinture de la fibre, la torderie des fils, le bobinage et la mise en boîte pour l'expédition. On ne leur fit grâce de rien, même pas de la fabrication des bobines en bois. Ce fut là une excellente matinée, particulèirement intéressante et instructive. En partant, par une délicate attention de MM. Thiriez, il fut remis à chaque dame un charmant petit nécessaire de couture, pour voyage, qui contenait un assortiment de fils de toutes nuances, spéciaux pour lingerie, une de leurs dernières créations.

***

VISITE DE L'ASILE D'ARMENTIÈRES

Mercredi 23 juillet, à 16 heures, congressistes, adhérents et associés se rendirent en autocars à l'asile autonome d'Armentières. Il pleuvait. On se serait cru dans une mauvaise journée d'octobre. Sortis des très étendus faubourgs de Lille, les cars parcoururent six à sept kilomètres de campagne surpeuplée, et bientôt apparut la grosse agglomération d'Armentières, « la cité de la toile ». De la route, on pouvait apercevoir des bâtiments de briques, cerclés de blanc, avec

pignons flamands : c'étaient les pavillons de l'Asile autonome d'Armentières qui mettaient une note gaie dans les abords quelconques de la ville. L'Etablissement avait pavoisé pour nous recevoir. M. le Sénateur Dron (1), président du Conseil supérieur de l'Assistance publique, président du Conseil d'Administration de l'Asile, entouré des membres du Conseil, reçut les congressistes. Dans une courte conférence très remarquée, il exposa ses conceptions personnelles sur l'assistance aux aliénés et l'idée générale qui avait présidé à la reconstruction de l'Asile qui devait être, non pas une garderie, mais un hôpital. Ensuite, nos collègues, Briche et Carriat, médecins-chefs de l'Etablissement, firent visiter les pavillons ; ils soulignèrent en passant les détails intéressants et les innovations heureuses de leurs services.

Cet Etablissement a une origine très lointaine et doit sa fondation à une communauté religieuse, dont les débuts furent très modestes et qui prit dans la suite une assez grande extension.

En 1615, cinq habitants de la ville d'Armentières résolurent, dans un but d'œuvres charitables, de vivre en commun. Ils prirent l'habit religieux, adoptèrent la règle du tiers-ordre de St-François et s'établirent dans une maison qui appartenait à l'un d'eux. Ils étaient généralement désignés sous le nom de « Bons Fieux ». Leur œuvre était surtout hospitalière ; ils apprenaient à lire, soignaient les malades ordinaires et recevaient aussi les jeunes gens à conduite licencieuse et les fous. Leur établissement fut rapidement prospère. Avant la Révolution, il y avait 60 pensionnaires payant chacun 300 livres, et, à la fin du XVIII[e] siècle, les Bons Fieux jouissaient dans le Nord du privilège exclusif de soigner les fous. En 1818, l'établissement d'Armentières figurait parmi les huit asiles spéciaux existant en France pour le traitement des aliénés. A ce moment, l'asile était dirigé par la Commission des Hospices et les Bons Fieux disparaissent vers 1814. Ce n'est qu'en 1855 que, luttant contre les prétentions de la ville et du Conseil général, l'asile obtint son autonomie. Vers 1874, l'asile composé de bâtiments disparates, au centre de la ville, possédait 600 malades et était devenu trop exigu. Un

(1) Les congressistes apprendront avec peine que quelques jours plus tard, le Sénateur Dron décédait subitement en son domicile de Tourcoing.

nouvel établissement fut édifié hors de la ville ; commencé en 1874, il ne fut terminé qu'en 1890. Construit sur les indications des docteurs Constant et Lunier, inspecteurs généraux, il réalisait un magnifique établissement, à système pavillonnaire pour une population primitivement fixée à 800 malades. Son terrain d'assiette était de 8 hectares ; il comprenait 14 pavillons et de nombreuses annexes. En 1914, près de 1300 malades étaient hospitalisés, dont 100 enfants anormaux.

Soumis dès les hostilités aux bombardements et à l'occupation, il fallut à la fin d'octobre 1914 évacuer l'asile. En 1918, ce n'était plus qu'un amas de décombres, dont seules les fondations étaient en partie récupérables. Près de vingt millions de dommages de guerre furent alloués pour sa reconstruction. A partir de 1923, on s'occupa activement de celle-ci, et c'est sur l'emplacement de l'ancien établissement que s'élèvent à nouveau les pavillons actuels, vastes locaux clairs, à l'architecture plaisante, entourés d'un beau cadre de verdure.

Actuellement, près de 900 malades occupent onze grands pavillons, à savoir : deux pavillons de tranquilles, deux de demi-tranquilles, un pavillon d'agités, deux pavillons d'infirmerie, deux pavillons d'observation et de traitement continu, deux pavillons d'épileptiques et de gâteux.

Chaque pavillon adapté à sa destination, constitue un tout indépendant, doté de tous les perfectionnements que la technique moderne réclame. L'hydrothérapie y est largement distribuée, le chauffage largement prévu, l'entrée d'air et de lumière abondante, vitrerie incassable pour tout ce qui est à hauteur des mains des malades. Les peintures ripolinées en ton clair font des salles de jour des endroits frais et reposants. La surveillance, point très important, y est aisée ; de la loge centrale de l'infirmier-chef, on embrasse d'un seul coup d'œil tout l'étage d'un pavillon. Enfin, détail heureux, chaque malade possède son armoire pour ses menus objets personnels.

D'autres pavillons sont en cours de construction, en particulier, une école pour enfants anormaux, et, hors de l'enceinte de l'asile, un service dénommé « pré-asile », réservé au traitement et à l'observation des psychopathes pour lesquels l'internement ne s'impose pas d'emblée.

Pour compléter cette vue sommaire sur l'asile autonome d'Armentières, disons que sont aussi réédifiés de vastes loge-

ments pour Directeur, Médecins, Econome, Internes, ainsi qu'une belle buanderie et de très jolies cuisines fonctionnant à vapeur et au gaz. Enfin, un pavillon d'administration particulièrement goûté par les congressistes qui y trouvèrent un buffet copieusement garni. Là, chacun put se restaurer après cette longue et intéressante visite. Entre un verre de Porto et une flûte de Champagne, un délicieux sandwich et de l'appétissante pâtisserie, on put échanger ses impressions. Tous furent unanimes à féliciter nos collègues, Briche et Carriat, et ne manquèrent pas d'adresser une mention toute particulière au si serviable et si aimable Directeur de l'Etablissement, M. Folcher, qui n'eût pour nous tous que des attentions de tous ordres.

***

Jeudi 24, à 10 heures du matin, les dames visitèrent la fabrique de toile Scrive-Thiriez, à la Madeleine, faubourg au nord de Lille. Elles furent reçues par le directeur de l'Usine qui leur fit visiter avec soin les diverses étapes par lesquelles passe le fil de lin pour être transformé en toiles fines. Excellente matinée qui permit d'avoir une notion de la multiplicité et de la complexité des opérations qui se succèdent pour arriver au stade final de la pièce de toile. Les visiteuses furent ramenées à Lille par un autocar de l'Usine que fort aimablement le directeur de l'Usine mit à leur disposition. Il s'était mis à pleuvoir à torrents.

***

Jeudi, à 16 h. 30, les congressistes visitèrent le Palais des Beaux-Arts, grand bâtiment qui borde un des côtés de la place de la République. Le conservateur général des musées du Palais des Beaux-Arts, M. Théodore, attendait les congressistes. Après que l'on eut pris, sur les degrés du Palais, une deuxième photographie générale du Congrès, l'on commença la visite de cette exposition renommée de peintures, de sculptures, de gravures, d'antiquités et de souvenirs locaux. Il est impossible de donner en quelques lignes un aperçu des merveilles d'art que l'on y trouve, ni non plus de donner un résumé des conférences que durant deux heures l'infatigable conservateur fit sur les principales pièces du Musée, leur

historique, leurs vicissitudes pendant la guerre et les opérations de chirurgie plastique qu'il dût pratiquer sur certaines d'entre elles, très endommagées par le bombardement : l'édifice reçut en effet, en octobre 1914, plus de 70 obus allemands. L'on remarqua beaucoup la célèbre collection Wicar, composée de près de 3.000 dessins, esquisses et études des grands maîtres italiens (Léonard de Vinci, Michel-Ange, Véronèse, Raphaël...), des maîtres de l'école française du XVIIIe s. (Boilly, Poussin...), des maîtres de l'école romantique moderne (Puvis de Chavannes, Fantin La Tour...). On admira des Van Dyck, des Rubens, des Crayer, des Jordaens de la plus belle facture, des tableaux des maîtres hollandais qui donnent à toute une salle une réputation mondiale ; enfin, l'on approcha la célèbre tête de cire, magnifique et unique pièce de l'époque de Raphaël, pense-t-on, représentant un buste de jeune fille.

Au nom de tous, le professeur Abadie remercia très chaleureusement M. Théodore de son charmant accueil et lui dit combien tous les congressistes étaient heureux d'avoir été dirigés, dans cette inoubliable visite, par celui qui connaît si bien son musée, qui l'aime tant et le soigne avec tant de sollicitude.

⁂

LE JEUDI soir, à 20 heures, dans les salons de l'hôtel Delannoy, eut lieu la soirée du Congrès.

Le programme artistique ne comprenait que des monologues, des chansons, ou de la musique d'artistes de la région.

M. Raymond Dufour, violoncelliste, donna avec chaleur les *Chants russes* de Lalo ; M. Lefebvre, baryton du choral Nadaud, de Roubaix, chanta le *Soldat de Marsala,* le *Pays natal,* le *Nid abandonné* et *Les trois Hussards,* de Nadaud ; M. Mousseron, mineur d'Anzin, et poète, se produisit dans *ses œuvres en patois de la région :* il eut un très vif succès. Enfin, M. Félicien Drumez chanta, avec beaucoup de sentiment, *L'habit d'min vieux grand-père,* le *Café* et le *Petit Quinquin,* chansons de son maître, le célèbre chansonnier lillois Desrousseaux.

Un jazz fougueux entraîna, bientôt après, danseuses et danseurs, tandis qu'un copieux buffet retenait ceux qui préféraient ménager toutes leurs forces physiques pour l'excursion du lendemain.

⁂

Vendredi 25 juillet, à midi, les congressistes quittèrent Lille en autocars pour se rendre à Auchy-lez-Bassée, d'où un train spécial, chauffé par la Société des Mines de Lens, devait leur faire traverser, sur voies privées, les vastes installations de surface qui couvrent les terrains de cette grande concession : c'était un trajet de près de 20 km. M. Buchet lui-même, directeur des Mines de Lens, nous fit le grand honneur de nous consacrer toute une après-midi pour nous guider. Du train nous aperçumes des briqueteries, des usines à électrolyse, l'usine d'ammoniaque synthétique, des verreries, toutes affaires filiales de la Société de Lens, qui permettent aux Mines d'écouler utilement tous leurs excédents en gaz, force motrice, force électrique et déchets. Les congressistes remarquèrent aussi de très nombreuses cités, gaies et fleuries, qui abritent les ouvriers et le personnel.

L'on s'arrêta à Pont-à-Vendin, où autour de la fosse 10 la Société a concentré sa production de coke, établi ses centrales thermique et électrique, et placé ses usines chimiques de récupération des sous-produits du charbon. Le charbon est transformé en coke par des batteries de fours du dernier modèle, à chargement automatique ; le déchargement, qui montre un bloc incandescent qui sort de l'antre du four et s'écroule sur le plan incliné est un spectacle magnifique et impressionnant. Distillé en vase clos, le charbon abandonne ses gaz qui, repris, servent aux industries les plus diverses, dont la verrerie ; les benzols et goudrons sont récupérés ainsi que les sels d'ammoniaque. Les charbons impropres à la consommation sont brûlés cependant par des chaudières spéciales et fournissent une puissance qui produit de l'électricité pour les industriels de toute la région. L'immense salle des chaudières, l'usine de récupération des goudrons et benzols, le majestueux hall des grands alternateurs électriques et des moteurs Diessel, la centrale de distribution électrique, la salle du départ des câbles, sont merveilleux. Une propreté méticuleuse y règne, les nickels brillent ; des appareils nombreux de signalisation avec leurs index rouges, blancs et bleus permettent à un ou deux ouvriers seulement de surveiller et de commander à un immense labeur mécanique. Personne de ceux qui ont visité cette installation splendide, une des plus modernes au monde, ne pourra l'oublier. Et celui qui a pu voir, il y a dix ans seulement, le lugubre amoncellement de pierres pulvérisées, de poutres tordues, saupoudrées de fine poudre de

brique rouge, ce qu'il restait de Lens, ville de 40.000 habitants, est confondu de stupéfaction admirative en revoyant ces lieux en 1930. Jamais on n'aurait cru qu'une résolution ardente et un travail forcené aient pu ramener une telle vie sur un sol si bouleversé.

Les congressistes reprirent le train spécial à Pont-à-Vendin, passèrent devant les fosses 8, 2 et 1., côtoyèrent la ville de Lens et s'arrêtèrent devant le puits 11 où on leur fit visiter la machinerie de surface, qui commande à la cage descendant dans le puits, qui alimente la mine en air comprimé et qui la ventile. Ils visitèrent les bains-douches, par où passe toute personne venant du fond, remarquèrent le curieux procédé d'accrochage des vêtements qui sont pendus au plafond par de longues cordes, visitèrent le centre de triage du charbon, puis se rendirent à la cité St-Pierre, où habitent les mineurs de la fosse 11.

Merveilleuse cité, aux rues cimentées, aux maisons coquettes, aux couleurs claires, chacune entourée d'un petit jardin. L'on visita des écoles pour garçons, pour filles, pour petits enfants: il en sortait de nombreux bambins réjouis et bien portants, chargés de prix, car la distribution solennelle avait eu lieu le matin. On traversa des ateliers de couture perfectionnés, des services pour consultations de nourrissons, équipés et compris admirablement. Tout était propre, bien ordonné, gai, riant, engageant. La Société des Mines de Lens peut être fière de ses œuvres sociales.

C'est ce que dit en conclusion notre président au Directeur général, en une courte allocution pour le remercier de son accueil et de l'intérêt considérable que chacun d'entre nous avions pris à cette visite. Après s'être rafraîchi, chacun gagna les cars qui nous firent escalader la colline de Nôtre-Dame de Lorette, distante de Lens de quelque 8 km.

Au sommet de cette sanglante colline, la vue s'étend très loin puisque, par temps clair, on distingue fort bien Arras au sud, Douai à l'est et Béthune à l'ouest. A ses pieds, se trouve, au nord Liévin et Lens, avec leurs cités bien alignées et leurs grosses usines blanches en ciment armé ; à l'ouest, la crête de Vimy ; au sud, le ravin abrupt de Souchez et les villages d'Ablain-St-Nazaire et de Carency. Devant ce vaste panorama, il devenait facile de comprendre pourquoi la lutte avait été si âpre pour posséder cette hauteur de 165 mètres. — Le commandant Wathier, officier d'Etat-Major que M. le Général

Boquet, commandant du 1[er] corps, avait désigné pour nous faire, sur les lieux, une conférence sur les batailles de l'Artois, nous dit avec élégance et émotion ces combats qu'il avait vécus. Au sommet de la colline, d'où la vue s'étend si belle, se trouve un grand cimetière français, où reposent plus de 30.000 morts, couchés côte à côte, sans distinction de grade, le soldat reposant auprès du général. Les fleurs y poussent avec ordre, et un énorme phare éclaire, toutes les nuits, cet asile de repos. Au nom des congressistes, le président, en arrivant, déposa une grande gerbe de fleurs dans l'ossuaire, où reposent les ossements des inconnus ; l'on se recueillit silencieusement une minute.

L'on partit ensuite pour la crête de Vimy, en passant devant le grand cimetière anglais du « Cabaret Rouge ». A Vimy, l'on visita les tranchées canadiennes, entretenues dans l'état où elles étaient durant la guerre ; l'on descendit dans les abris souterrains très profonds et si vastes que plusieurs régiments pouvaient s'y tenir à l'aise : les murs conservent toujours pieusement les noms de ceux qui les ont gravés pendant la tourmente. Tard le soir on rentra à Lille.

***

VISITE DE L'ASILE DE BAILLEUL

Le Samedi 26 juillet, les congressistes partirent de Lille en autocars, à 8 h. 30, de la place du Palais Rihour, pour se rendre à Bailleul en traversant la région des champs de bataille du sud d'Ypres. Par Messines et Wytschaete, ils gagnèrent le Mont Kemmel, qui domine la région de ses 151 mètres. Du sommet, la vue y est superbe, et s'étend très loin au nord sur la plaine belge, au sud sur la plaine française. Cette région, sinistrement célèbre par quatre années de combats acharnés, toute imbibée du sang de milliers de héros, ne garde presque plus traces des horreurs de la guerre. Les populations laborieuses de ces campagnes ont nivelé les tranchées, comblé les trous d'obus, reconstruit les villages et cultivé à nouveau cette terre fertile. De loin en loin émerge encore dans un champ un Block-haus en ciment armé, les vestiges d'un château détruit, quelque baraquement en tôle ondulée. En travaillant la terre,

on met encore à jour des obus non éclatés. De ci, de là, seuls témoins solennels du carnage passé, un cimetière militaire au gazon bien entretenu, avec ses tombes bien alignées et toutes fleuries de roses.

Du Kemmel, les autocars, par le pied du Mont-Noir, gagnèrent Bailleul, petite ville détruite en quelques heures, de fond en comble, en avril 1918. Entièrement reconstruite en style flamand, avec ses maisons de briques rouges et jaunes, Bailleul est gaie, pimpante, accueillante. A 11 h. 30, les congressistes débarquèrent devant le pavillon central de l'administration de l'Asile autonome pour aliénées femmes. Les membres de la Commission administrative leur souhaitèrent la bienvenue. Le président de la Commission, le professeur Frédéric Combemale, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Lille, exposa brièvement l'historique de la reconstruction de l'Asile, situa sur un plan mural la position des divers pavillons, et donna enfin l'idée directrice générale qui anime la Commission administrative : faire de l'Etablissement, non un asile, mais un grand hôpital neuro-psychiatrique pourvu des plus récentes acquisitions dans l'art de traiter les maladies mentales.

***

La concentration se fit au pavillon des cuisines, superbe hall, abritant fours et fourneaux blancs marchant au gaz, grandes marmites nikelées marchant à vapeur. Les salles sont entièrement carrelées de grès vernissés de couleur claire, y compris le plafond voûté. L'aération y est parfaite : aucune buée, aucune mauvaise odeur. On peut y préparer les repas de 1.500 personnes. Les congressistes s'attardèrent un peu à visiter ce splendide pavillon, puis passant devant les chaufferies centrales, gagnèrent les Services Médicaux.

A la Maison de Santé de Bailleul, les pavillons sont séparés. Presque tous sont à un seul étage. Chaque pavillon a ses chambres particulières, son cabinet médical, son parloir, ses dortoirs, sa salle de jour, son réfectoire, sa cour, son hydrothérapie complète. Les vingt-deux pavillons réservés aux malades sont groupés en trois services distincts, chacun étant sous la direction d'un médecin-chef. Chaque service médical comprend un pavillon d'admission, une infirmerie, des pavillons pour travailleuses, calmes, gâteuses et agitées. Actuellement, deux

services fonctionnent : l'un, formé de six pavillons, qui deviendra prochainement un pensionnat pour trois cents malades ; l'autre, de huit pavillons réservés à 500 indigentes. Le troisième service, semblable en tous points au second, ne pourra être mis en activité que plus tard, les 32 millions de dommages de guerre étant insuffisants pour terminer complètement la reconstruction et l'équipement de l'Asile. Presque tous les pavillons des services médicaux pour indigents se ressemblent extérieurement. Seule la distribution intérieure change. Ainsi, alors que la plupart des pavillons sont formés de grandes salles séparées par des cloisons vitrées, et sans recoins où une malade puisse se cacher, le pavillon d'infirmerie comprend en plus un petit service spécial, avec salle de bain, de huit chambres particulières pour tuberculeuses, ainsi qu'un service distinct de dix chambres carrelées avec chacune leur W.-C. pour maladies contagieuses. Le service des agitées comprend un rez-de-chaussée, un dortoir de douze lits avec quatre baignoires dans la salle, deux lits avec isolement optique et, s'ouvrant dans la salle, cinq chambres d'isolement avec cabinet à la turque, à chasse d'eau commandée de l'extérieur, comme l'aération du reste.

Les fenêtres de tous les pavillons sont à la Hitzig ; les vitres sont étroites et longues, ce qui augmente leur résistance au choc. Le chauffage est à eau chaude pulsée, les commandes de l'éclairage électrique hors de portée des malades. Le téléphone est prévu pour relier entre eux tous les pavillons de l'Etablissement.

Les pavillons du futur pensionnat diffèrent extérieurement les uns des autres. L'aspect en est délicieux, l'aménagement intérieur très étudié.

Les visiteurs ont été très heureusement impressionnés par la perfection de l'aménagement de tout l'établissement.

Après cette visite longue, — l'assiette des bâtiments couvrant plus de 4 hectares 1/2, et il y a 1 km. 1/2 de galeries, — les congressistes se réunirent dans la vaste Salle des Fêtes de l'Etablissement pour prendre part au banquet offert par les Asiles autonomes d'Armentières et de Bailleul. — Présidaient le Sénateur Dron et le professeur Frédéric Combemale, entourés du professeur Abadie, du docteur Pactet, du représentant du Préfet, des membres des Commissions administratives et des délégués officiels du Congrès.

On servit le menu suivant, préparé par les soins d'un excellent traiteur d'Armentières :

MENU

Truite Saumonée Opéra
Sauce Vincent
Jambon de Prague braisé
Pommes rissolées. — Haricots verts
Ris de veau Régence
Agarie des prés Chantilly
Langues au foie gras Lucullus
Croquembouche
Corbeille de fruits
Petits fours
Café. — Liqueurs

La bonne chère, des vins excellents, les airs entraînants de la Musique Municipale de Bailleul, qui avait bien voulu prêter son gracieux concours, amenèrent très rapidement une gaieté franche et très générale.

Au dessert, le professeur F. Combemale, au nom des Asiles d'Armentières et de Bailleul, prit la parole :

MESDAMES, MESSIEURS,

Ce m'est un très grand honneur, au nom des Commissions administratives des Asiles d'Armentières et de Bailleul, de saluer, des simples mais cordiales paroles de bienvenue qu'il convient, les membres présents du XXXIVe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

J'ai devant moi, en effet, les maîtres incontestés, réputés et aimés, la phalange serrée des admirables cliniciens-praticiens de la psychiatrie et de la neurologie française ; mêlés à eux et fraternisant comme aux temps héroïques de 1914-1918, je distingue les plus marquants des aliénistes et des neurologues des nations voisines, aussi bien ceux de la chère nation-sœur la Belgique et de la Grande-Bretagne que ceux de l'Espagne,

de l'Italie, du duché de Luxembourg, de la Pologne, de la République Argentine, de la Suisse, de la Tchéco-Slovaquie, de la régence de Tunis, qu'attire à ces réunions le renom tant mérité de la limpide et humaine conception française de la psychiatrie. Les plus hautes autorités du département se sont jointes à ces sommités médicales et nous ont apporté le témoignage de leurs sympathies.

Comment, devant pareil auditoire, où se juxtaposent tant de talents et de compétences scientifiques, littéraires aussi et administratives, même à la fin d'un frugal repas, ne pas sentir peser sur son esprit et sur sa langue les effets d'une timidité native ! Suis-je bien certain de trouver les expressions adéquates au désir de mes collègues des Commissions Administratives d'Armentières et de Bailleul, de témoigner leur joie, leur grande satisfaction de vous recevoir, Mesdames et Messieurs, dans cet établissement de Bailleul ?

Je me hasarde et, risquant les diagnostics divers que ne peut manquer de susciter dans vos esprits habitués à l'épluchage psychologique, la lecture de cette improvisation et mon long exorde, je vous dis maintenant :

L'importance de réunions scientifiques, telles que le Congrès des Aliénistes et Neurologistes, ne pouvant échapper à la sagacité des membres des Commissions administratives des asiles du département du Nord : les sénateurs, les conseillers généraux, les citoyens de bon vouloir et de dévouement, les compétences qui président et composent ces Commissions ne pouvaient pas ne pas saisir l'occasion de la tenue de ce Congrès à Lille, pour faire apparaître à vos yeux, toujours avides de connaître, ce qui, douze ans après le cataclysme qui a renversé de fond en comble, anéanti les établissements florissants, déjà des modèles, qu'étaient nos asiles, a pu être réalisé *in situ* pour la reprise du fonctionnement normal de l'assistance aux aliénés.

M. le Sénateur Dron, président du Conseil Supérieur de l'Assistance publique, devant un auditoire attentif et intéressé, a exposé dans ses grandes lignes mercredi dernier sa conception, et l'heureuse réalisation qui en a été opérée à Armentières, de l'hôpital-hospice pour malades mentaux. Malgré quelles difficultés, au prix de quels efforts financiers pourra en être achevé le programme, la Commission administrative que préside mon collègue avec tant de persuasive autorité, ne s'en dissimule ni l'importance, ni la durée.

Pour l'Asile de Bailleul, la situation est identique ; mêmes difficultés, mêmes efforts prolongés à prévoir.

Sans souci de la fatigue physique, vous venez, Mesdames et Messieurs, de parcourir et de traverser ces pavillons, où l'unique souci de l'inspirateur et de l'architecte a été que l'hygiène physique et morale des mentaux qu'ils abritent soit complète et concoure à l'amélioration de leur état, sinon à leur guérison. Ici doit être évoqué le nom de M. le Dr Raynier, Inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur, dont l'agissant intérêt qu'il porte à la renaissance de l'Asile de Bailleul ne se dément jamais.

Vous avez aussi au cours de votre visite remarqué mille et un détails de construction ou d'aménagement dont aucun n'est indifférent pour la bonne conduite et la gestion économique d'un établissement aussi divers dans ses buts thérapeutiques. Vous n'avez pas été insensibles non plus à l'impression de calme et de repos que donne l'ondulant horizon, qui des cours de chaque pavillon se prolonge vers la frontière belge. La machinerie abondante et compliquée qu'exigent l'alimentation, la vêture, le couchage, les soins de propreté vestimentaire et corporelle, le traitement médical et chirurgical de 1.400 aliénées femmes, le chauffage, l'éclairage de 4 hectares 1/2 de surface bâtie, bâtiments et cours, l'amenée des eaux et l'évacuation des eaux usées enfin, n'a pas été sans retenir l'attention de nombreux d'entre vous.

En suite de fréquentes augmentations de sa population, depuis deux ans qu'est entrée à Bailleul la première malade, ramenée des lointains abris qui avaient recueilli nos aliénées en avril 1918, près de 800 aliénées occupent aujourd'hui les onze pavillons mis en service. Cuisine, buanderie, ateliers de couture, joints les produits de la ferme, pourvoient à leur subsistance ; les hommes actifs et compétents que nous nous réjouissons de voir à la tête des services médicaux et administratifs ne ménagent point d'autre part leur peine pour assurer l'hygiène générale et le traitement des curables. Tels sont, à ce jour, les résultats tangibles que vous n'avez pas manqué d'enregistrer, de l'œuvre accomplie depuis décembre 1923, époque à laquelle eurent lieu les premières adjudications pour les travaux de reconstruction de l'Asile de Bailleul. Le quantum des dommages de guerre accordé pour sa réédification, n'a pas été suffisant pour l'entière résurrection de l'Asile. Mais, comme il n'y a que des optimistes à la Commission adminis-

trative de Bailleul, l'aile gauche de l'Etablissement, qui se présente encore à l'état squelettique, n'attendra pas de longues années pour que la vie circule dans ses pavillons, ses dortoirs, ses couloirs, à tous les étages. A chaque année suffira sa peine. Parachevé, l'établissement de Bailleul aura justifié les efforts de tous ceux qui, de près ou de loin, ont eu à cœur d'en faire le type d'un hôpital psychiatrique ; c'est l'opinion que j'ai lue dans les yeux de vous tous, Mesdames et Messieurs, qui avez avec tant d'intérêt parcouru, visité, scruté les divers secteurs de l'Asile.

J'aurais dû écourter mon allocution. L'attention passionnée que mes collègues et moi apportons au retour à la vie et à la prospérité de l'organisme social si important qu'a été et que sera encore l'Asile de Bailleul, m'a entraîné loin de l'objet particulier que je me proposais en prenant la parole. Je désirais, Mesdames et Messieurs, vous remercier d'avoir prolongé votre séjour dans notre région, afin d'y visiter les établissements, que nous voudrions être des modèles de maison de santé psychiatrique. Je désirais, Mesdames, vous adresser un particulier remerciement de vous être si visiblement intéressées aux côtés pratiques dans la gestion économique d'un asile, et en même temps d'avoir apporté votre grâce, votre charme à cette dernière et extraordinaire séance du Congrès.

Enfin, et surtout, pour terminer, au souvenir qu'en 1906, en ce même Etablissement j'avais eu le plaisir de porter un toast au succès de la XVIII[e] session de ce même Congrès, je désirais, en mesurant le chemin parcouru depuis lors, lever avec vous mon verre pour souligner l'éclat dont a brillé la XXXIV[e] session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Je bois, Mesdames et Messieurs, à M. le professeur Abadie, président du Congrès, aux animateurs de la présente session MM. les membres du bureau permanent et du bureau annuel, à MM. les Délégués étrangers, à nos aimables visiteuses, à nos convives d'aujourd'hui.

***

Prit ensuite la parole le professeur Abadie, président du Congrès :

Mesdames, Messieurs,

Certes, dans nos Congrès, nous sommes toujours gâtés par ceux qui aimablement nous reçoivent, et nous gardons tous le souvenir reconnaissant de belles réceptions.

Mais que dirons-nous de celle d'aujourd'hui, de cet accueil si empressé et si cordial, de cette sollicitude affectueuse, de cette splendide salle et de cette table si joliment parée, de ce menu délicieux, de ces vins délicatement choisis, de ce concert charmant ? Pendant que vous vous laisserez aller au charme béat d'une douce digestion, j'essaierai de traduire vos sentiments de gratitude à l'égard de nos hôtes.

Merci à tous ceux qui nous reçoivent aujourd'hui si gentiment et si magnifiquement.

Merci à MM. les membres de la Commission Administrative de l'Asile d'Armentières et à son président, M. le Sénateur Dron, président du Conseil Supérieur de l'Assistance publique de France.

Merci à MM. les membres de la Commission Administrative de l'Asile de Bailleul, et tout spécialement à son président M. le Doyen F. Combemale, qui s'est toujours souvenu qu'il avait été autrefois médecin des Asiles, qui, malgré ses devoirs professoraux et ses charges universitaires, a consacré une partie de son existence à l'administration des Asiles du Nord, à qui la Faculté de Médecine de Lille doit la belle Clinique psychiatrique d'Esquermes et qui, au lendemain de sa retraite d'enseignement, se donne encore tout entier à l'œuvre du relèvement de l'Asile de Bailleul.

Merci à tous ceux qui, d'Armentières, qui de Bailleul, ont préparé cette belle réception, apporté leurs cœurs et leurs soins à nous plaire aujourd'hui.

Armentières, Bailleul, nos asiles martyrs !

Armentières, sur la ligne de feu dès les premiers mois de la guerre, évacué sur l'intérieur sous la conduite de Briche et de Pochon, tombé ensuite à l'état de caserne, bombardé à son tour, éventré.

Bailleul qui, longtemps préservé et gardé par Maupâté, fut un jour brutalement assailli, et servit de rançon à la libération,

devenu le champ de tir de deux artilleries dont la rage fut sa perte ! Quel massacre !

Je me souviens, avec une émotion toujours grande, de la visite que je fis, au début de l'année 1919, aux asiles détruits d'Armentières et de Bailleul, conduit par mon bon ami Raviart, le prisonnier d'Esquermes, qui avait connu pour lui, les siens et pour ses malades, les affres de l'occupation et dont la conduite admirable, pendant ces années terribles, est présente à l'esprit de tous ici.

Je vis alors Armentières, autrefois imposant, abandonné, ouvert aux quatre vents, dont les bâtiments disloqués ressemblaient à des carcasses vides.

Je ne vis pas Bailleul, disparu, haché, rasé ! De cet Asile, orgueil du département, riche d'un actif de six millions, naguère peuplé de treize cents malades, desservi par plus de trois cents personnes, de ses pavillons, de ses châlets, de ses ateliers, de sa ferme, de ses vastes jardins, de ses bosquets riants, de son pensionnat luxueux, de sa haute galerie vitrée de trois cents mètres, il ne restait rien, ni arbres, ni murs, ni pierres, ni briques. Les décombres eux-mêmes semblaient pulvérisés. Le sol, bouleversé comme par un furieux tremblement de terre, était farci de débris de projectiles de tous calibres, d'obus non éclatés encore. Quelle tristesse ! — Je cherchais vainement la trace de ce pavillon d'hydrothérapie, avec sa grande piscine, ce pavillon qui était la fierté de l'Etablissement, et qu'avaient tant admiré nos prédécesseurs, les congressistes de 1906. C'est à peine si je retrouvais quelques débris de ces beaux marbres qui en tapissaient les parois ! — Quelle ruine !

Notre Congrès se devait de venir dans le Nord, saluer Armentières et Bailleul, ces asiles victimes de la guerre, se réjouir de leur résurrection et applaudir tous ceux qui ont assuré leur rénovation ! Nulle autre réunion que celle-ci ne pouvait mieux clôturer la session de Lille de 1930 !

Et maintenant, notre Congrès va poursuivre ailleurs, dans sa course vagabonde, son œuvre de travail. Notre Congrès, cet adulte de 40 ans, en pleine possession de ses forces viriles, continue à tenir brillamment les promesses faites à ses créateurs de 1890. Par ses rapports, toujours de haute tenue savante, par ses discussions et ses communications scientifiques, par ses études d'assistance et de médecine légale, le Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de France et des

pays de langue française s'est haussé jusqu'au premier rang des assises similaires de la neuro-pathologie. L'union étroite et féconde qu'il réalise de la psychiatrie et de la neurologie, reste toujours le garant de son utilité et de son succès. Cette union, — chère à Brissaud, qui la fit consacrer au Congrès de La Rochelle en 1891, défendue par mon maître vénéré Pitres lors de sa présidence au Congrès de Nancy en 1896, soutenue si brillamment par Anglade dans sa présidence du Congrès de Paris en 1925, — cette union avait fait, au premier Congrès de Lille en 1906, le sujet du discours d'ouverture du président Grasset (de Montpellier), Grasset qui fut un de vos premiers maîtres, mon cher doyen Combemale, Grasset, ce grand savant et ce médecin philosophe, dont le souvenir plane sur notre Congrès actuel. Grasset, dans son discours, avait lui aussi démontré que psychiatrie et neurologie ont même objet, mêmes méthodes, même but de prophylaxie et de préservation sociale, — et qu'elles ne forment qu'une seule science, la physio-pathologie du système nerveux, la neurobiologie humaine !

Après le Congrès de Lille, l'an prochain, le Congrès de Bordeaux, où je vous convie tous et où nous vous attendrons pour vous recevoir de notre mieux.

Je n'ai pas fini. J'ai d'autres devoirs à remplir en votre nom.

J'ai à remercier tous ceux qui ont contribué, par une part personnelle, au succès de la session qui va prendre fin.

Je remercie MM. les Rapporteurs, qui nous ont apporté le fruit mûr de leurs recherches et de leurs réflexions sur des questions nouvelles.

Je remercie tous ceux d'entre vous qui ont réservé à notre session la primeur de leurs travaux personnels.

Je remercie très cordialement nos collègues étrangers qui ont adhéré en si grand nombre à notre Congrès, et plus encore ceux qui nous ont apporté leur savante collaboration.

Vous me feriez — tous — des reproches si, me faisant le complice amical de sa grande modestie, bien connue de vous, je ne parlais pas ici de l'âme vivante et de la pensée agissante de nos Congrès, de celui qui continue si grandement la tradition des Brissaud, des Meige, des Semelaigne, de notre dévoué Secrétaire permanent, de notre ami René Charpentier qui, d'un Congrès à l'autre, travaille, sans arrêt et avec une foi ardente, au succès de la session en préparation, René Char-

pentier, dont nous pouvons fêter aujourd'hui les noces d'argent avec notre réunion car c'est à Lille, en 1906, qu'il débuta dans nos Congrès, lui, alors interne à l'Asile Ste-Anne, dans les fonctions de Secrétaire des Séances. Au Dr René Charpentier, toute notre reconnaissance et toute notre amitié fidèle !

Et le Secrétaire général, le professeur Pierre Combemale, croyez-vous qu'il n'ait rien fait pour le succès de notre session ? Croyez-vous qu'il n'ait pas droit à tous nos remerciements ? Toujours souriant, le geste flâneur, il a toujours l'air de ne rien voir et de ne rien faire. Ne vous fiez pas à cette apparence ; il prévoit tout, il fait tout, seul, sans bruit, comme sans y toucher. Mais croyez-vous que rien ne coûte, même à celui qui a le rare bonheur d'unir une activité infatigable du Midi à une froide réalisation du Nord ? Quand on connaît la charge écrasante qui pèse sur les épaules de nos Secrétaires généraux, on ne remercie jamais assez celui qui a accepté ces lourdes fonctions, et surtout quand il les remplit aussi brillamment que notre ami Pierre Combemale. A lui, tous nos remerciements les plus cordiaux.

Et les dames congressistes, je ne saurais les oublier. Elles savent bien qu'elles égaient de leur présence nos Congrès. Elles savent mieux encore qu'elles en sont l'ornement et la grâce. On le leur dit chaque année, elles l'ont entendu encore tout à l'heure, — et très finement dit. — Mais il paraît qu'elles aiment à l'entendre répéter. Donc, je n'y manque point à mon tour. Je dirai même plus. Leur fidélité à nos réunions annuelles, le soin affectueux qu'elles prennent d'y mener leurs enfants, donnent à nos Congrès un caractère familial et une atmosphère de jeunesse rares et délicieux. A voir ainsi revenir d'année en année, les jeunes filles qui reproduisent souvent, trait pour trait, les charmes de leurs mères, on est tenté de croire que ce sont toujours les mêmes, toujours aussi gracieuses et charmantes, — et on a soi-même, en les admirant, la douce illusion de ne point vieillir. Pour cette illusion, Mesdames et Mesdemoiselles, soyez bénies !

Mesdames, Messieurs, je vous invite à lever vos verres et à boire :

à la santé de nos hôtes !
à l'heureuse destinée des asiles d'Armentières et de Bailleul !
à la gloire du Département du Nord ! ! !

***

Ensuite prirent successivement la parole le Dr Hevio Fernandez au nom de la République Argentine ; le Dr Dardenne, au nom de la Belgique ; le Dr Donald Ross, au nom de la Grande-Bretagne ; le prof. Fribourg-Blanc, au nom des délégués français ; le prof. Browiecki, au nom de la Pologne ; le prof. de Moura, au nom du Portugal; le Dr de Fischer, au nom de la Suisse et le Dr Perrussel, au nom de la régence tunisienne. Tous vinrent dire la joie qu'ils avaient eu à venir à la session de Lille, et les profits scientifiques de tous ordres qu'ils en avaient retiré. Enfin M. Bouton d'Asnières, conseiller de préfecture, au nom de M. le Préfet du Nord, remercia les congressistes de tout l'honneur qu'ils lui faisaient aujourd'hui en le conviant parmi eux.

De chaleureux et souvent même d'enthousiastes applaudissements coupèrent fréquemment ces discours. Ceux-ci terminés, l'assistance chanta en l'honneur du président Abadie, un puissant *Vivat Flamand,* et la dernière séance de la 34e session des Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, fut levée. Chacun, heureux de cette semaine de travail et de gaieté, s'en retourna vers Lille, d'où un certain nombre se dirigèrent vers Liége, où les attendait la chaude et affectueuse hospitalité de nos amis Belges.

TABLE DES MATIÈRES

I. PRÉLIMINAIRES

II. SÉANCE D'OUVERTURE

III. RAPPORTS ET DISCUSSIONS DES RAPPORTS

A. Rapport de Psychiatrie : Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales

B. Rapports de Neurologie : Les réflexes de posture élémentaires

C. Rapport d'assistance : L'application de la loi sur les Assurances Sociales aux malades atteints de maladies mentales. M. Calmettes (de Ligomes)

IV. COMMUNICATIONS

A. Communications de psychiatrie relatives au 1er rapport

B. Autres communications de Psychiatrie

C. Communication de Neurologie relative au 2e rapport

D. Autres communications de Neurologie

E. Communications d'Assistance

F. Communications de Médecine légale

IV

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 40.948